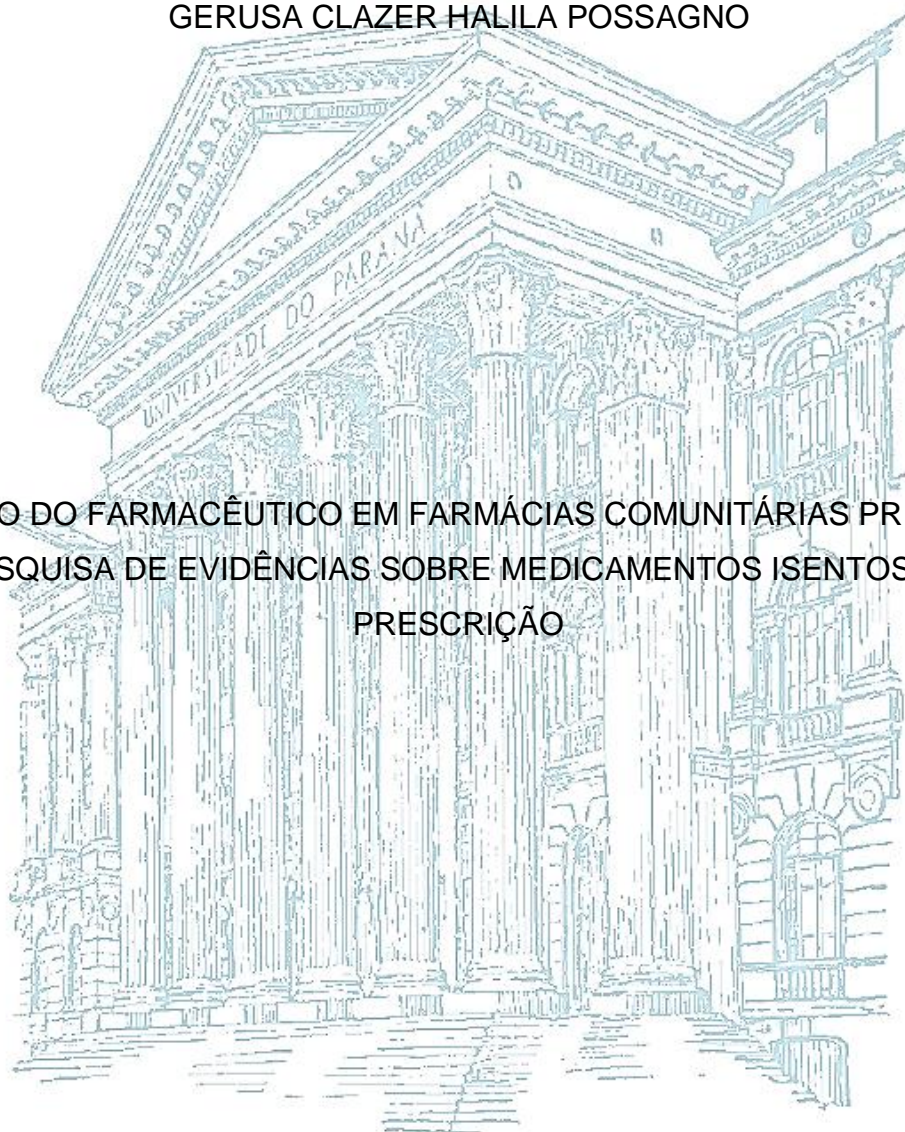


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GERUSA CLAZER HALILA POSSAGNO

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS PRIVADAS E
PESQUISA DE EVIDÊNCIAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE
PRESCRIÇÃO



CURITIBA

2015

GERUSA CLAZER HALILA POSSAGNO

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS PRIVADAS E
PESQUISA DE EVIDÊNCIAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE
PRESCRIÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Michel Fleith Otuki

Coorientador: Prof. Dr. Cassyano Januário Corrêa

CURITIBA

2015

Possagno, Gerusa Clazer Halila

Atuação do farmacêutico em farmácias comunitárias privadas e
Pesquisa de evidências sobre medicamentos isentos de prescrição. /
Gerusa Clazer Halila Possagno. - Curitiba, 2015.

161 f. : il.(algumas color.) ; 30 cm

Orientador: Professor Dr. Michel Fleith Otuki

Coorientador: Professor Dr. Cassyano Januário Corrêr

Teses (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná, 2015.

Inclui bibliografia

1. Farmacêuticos. 2. Medicamentos isentos de prescrição.
3. Dispensação. I. Otuki, Michel Fleith, II. Corrêr, Cassyano
Januário. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

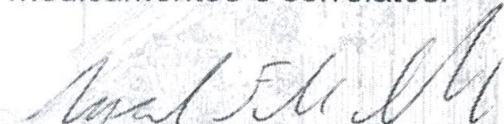
CDD 615.1

TERMO DE APROVAÇÃO


GERUSA CLAZER HALILA POSSAGNO

**Título: "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM FARMÁCIAS
COMUNITÁRIAS PRIVADAS E PESQUISA DE EVIDÊNCIAS SOBRE
MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO"**

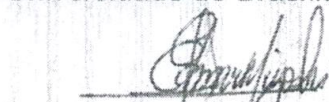
Tese aprovada como requisito parcial para a obtenção de grau de Doutor, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal do Paraná, área de concentração: Insumos, medicamentos e correlatos.



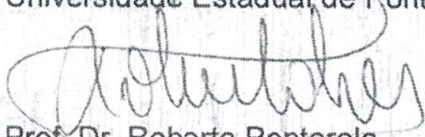
Prof. Dr. Michel Fleith Otuki
Orientador



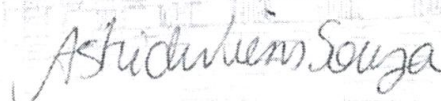
Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro
Universidade de Brasília



Prof. Dr. Edmar Miyoshi
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof. Dr. Roberto Pontarolo
Universidade Federal do Paraná



Profª. Drª. Astrid Wiens Souza
Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 28 de maio de 2015.

Dedico este trabalho à minha amada família.....

Meu querido filho Fabrizio, pelo qual meu coração apertava a cada viagem para Curitiba

Meu marido Rildo, meu companheiro, que sempre me incentivou para que eu
melhorasse como profissional e realizasse este trabalho

Meu pai Lauro, cujo trabalho e amor possibilitaram que eu pudesse estudar

Minha irmã Karine, minha mais fiel amiga e incentivadora, com a qual posso contar
sempre

Meu sobrinho Gustavo e meu cunhado Ricardo

À minha querida mãe, Maria Aparecida, que mesmo não estando presente
fisicamente, sei que sempre está junto de nós, presenciando cada etapa de nossas
vidas!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela possibilidade de acordar todos os dias..... por me tornar a pessoa que sou hoje e por acalmar meu coração nos momentos difíceis.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de fazer o doutorado.

Ao meu orientador professor Michel Fleith Otuki por possibilitar a realização deste trabalho e o meu ingresso ao programa.

Ao meu coorientador professor Cassyano Januário Correr por ter me recebido em seu grupo de pesquisa, pelos ensinamentos e conversas esclarecedoras e por me mostrar “a luz no fim do túnel”.

Ao coordenador do programa de pós-graduação, professor Roberto Pontarolo, sempre gentil, educado e atencioso. Ao secretário Jean, pelo suporte prestado.

À minha amiga Alexandra Czepula, que depois de muitos anos nos reencontramos, por tornar meus dias em Curitiba mais leves e alegres. Obrigada pela amizade e por me receber com carinho em sua casa.

Ao Edson Hipólito Junior pela valiosa parceria para a construção do instrumento e análises estatísticas.

À Suzane Virtuoso pela amizade, pela alegre convivência e por ter me recebido em sua casa.

Aos colegas e amigos da pós-graduação, Andreia Conegero Sanches, Astrid Wiens Souza, Inajara Rotta, Mariana Martins Garcia, Patrícia Rodrigues Gonçalves, Rangel Ray Godoy, Walleri Reis, que me receberam e me auxiliaram em todas as dúvidas. Meu muito obrigada Thais Teles de Souza por estar sempre pronta a ajudar.

Às minhas companheiras de viagem, Aline Garabeli, Camila Bugnotto Pereira, Daniela Gaspar do Folquito, Jéssica Mendes Nadal, Juliane Nadal Swiech, Vanessa Barbosa Bobek, que tornaram as idas para Curitiba mais divertidas.

Aos meus cunhados Keilly e Ricardo Possagno, e seus filhos Letícia, Laura e Vinícios, por terem me acolhido com carinho enquanto eu fazia as disciplinas.

Aos meus colegas e amigos do Departamento de Ciências Farmacêuticas, da minha querida Universidade Estadual de Ponta Grossa, por contribuírem para que eu pudesse ir para Curitiba. Obrigada pelo apoio, pelas inúmeras trocas de turno na

Farmácia Escola e pela compreensão: Ana Paula Veber, Arcélio Benetoli, Daniel Fernandes, Daniele Fardin, Edmar Miyoshi, Fernanda Barbosa, Priscileila Ferrari, Willian Machado.

À Josélia Borba Daher pelas palavras sábias, fortes e, ao mesmo tempo, doces. Obrigada por segurar na minha mão, não só nas viagens...obrigada por tudo!

À minha amiga Júlia Folmer de Andrade Ribeiro que sempre torceu por mim, me incentivou, rezou e vibrou com minhas conquistas. Obrigada pelo carinho!

À Josiane Bachmann Madalozzo, minha eterna professora de farmacologia, cujo amor pela profissão Farmacêutica é contagiante. Obrigada pelo apoio, pelo carinho e pelo exemplo de pessoa.

Às minhas amigas da UEPG Ana Cristina Oltramari Toledo, Elaine Ferrari, Fabiana Postiglione Mansani, Jane Manfron Budel, Josiane Padilha de Paula, Marly Santos, Miriam Soares, Rosi Zanoni da Silva (muito obrigada pelas valiosas dicas) e Sueli Puppo, pelo incentivo, apoio e pela grande torcida para que as coisas sempre dessem certo.

Ao professor Fábio André dos Santos, pelo auxílio com as análises estatísticas.

Ao meus queridos alunos do curso de Farmácia da UEPG, que me ajudaram com a aplicação do questionário nas farmácias de Ponta Grossa: Amanda Weber Colodel, Beatriz Mika, Bianca Scharr, Bruno Fiod Riccio, Camila Dias Machado, Camila Guimarães, Evelyn Assis de Andrade, Guilherme Camargo, Matheus Saukoski Pauzer, Paloma Moraes, Paola Raeski, Suellen Moura, Thaise Borges e Valter Paes de Almeida.

Ao Conselho Regional de Farmácia do Paraná, por ter fornecido os *e-mails* dos farmacêuticos do Estado e os endereços das farmácias de Ponta Grossa. Ao farmacêutico Ribamar Schmitz Jones, muito solícito e gentil.

Aos farmacêuticos do Estado do Paraná por terem colaborado com este trabalho, destinando um pouco do seu tempo a responder as questões.

A todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

Não deixe que os seus medos tomem o lugar dos seus sonhos

Walt Disney

RESUMO

Os farmacêuticos na farmácia comunitária são colocados em uma posição de confiança, especialmente no modo como se relacionam diretamente com os pacientes e são facilmente acessíveis para prover aconselhamento sobre medicamentos. Os objetivos deste estudo foram: avaliar a disponibilidade e a qualidade das revisões sistemáticas publicadas sobre os medicamentos isentos de prescrição (MIPs); verificar a atuação do farmacêutico comunitário no Estado do Paraná e avaliar o conhecimento e o comportamento dos farmacêuticos na dispensação de medicamentos em drogarias da cidade de Ponta Grossa, Paraná. Inicialmente, foi realizada uma revisão sistemática de revisões sistemáticas (*overview*), utilizando os descritores “*Nonprescription Drugs*”, “*OTC*”, “*over-the-counter*”. Buscou-se artigos avaliando a eficácia e segurança dos MIPs. Foram incluídos 49 artigos, 18 deles com qualidade metodológica moderada e 31 com alta qualidade. 74,5% dos estudos demonstraram eficácia favorável ao uso da intervenção. Dos 24 estudos avaliando segurança, 21% mostraram evidência desfavorável ao uso do medicamento. De maneira geral a evidência encontrada nos estudos incluídos é favorável ao uso do medicamento avaliado. Entretanto, existem grupos terapêuticos para os quais há lacunas de evidência. A seguir, foi realizada uma pesquisa descritiva, do tipo transversal, cuja coleta de dados ocorreu por meio de um inquérito *on-line* anônimo autoadministrado, via plataforma Survey Monkey®. Um instrumento foi enviado para os endereços eletrônicos dos farmacêuticos do Estado do Paraná. Participaram da pesquisa 533 farmacêuticos (8,5%). A eficácia (97%), os efeitos adversos (62,3%) e a experiência anterior com o produto (54,8%) foram os fatores considerados mais importantes para a recomendação de um MIP. Os farmacêuticos demonstraram falta de conhecimento sobre os termos técnicos relacionados à Saúde Baseada em Evidências, o que compromete a compreensão de estudos científicos. A maioria dos respondentes concorda que os farmacêuticos possuem a capacitação necessária para a prescrição de MIPs. Verificou-se que o aconselhamento de pacientes com estes medicamentos é uma prática muito comum no cotidiano de trabalho dos farmacêuticos paranaenses. Por fim, foi realizado um estudo descritivo, em que todas as drogarias da cidade de Ponta Grossa, Paraná, foram visitadas e os farmacêuticos que atuavam nesses estabelecimentos foram convidados a responder um questionário estruturado e validado. Participaram da pesquisa 104 farmacêuticos (83,9%), dos quais a metade apresentou conhecimento regular acerca das questões relacionadas a dispensação de medicamentos. 60,2% dos farmacêuticos demonstraram conduta adequada diante da dispensação mediante apresentação de prescrição. Metade dos participantes afirmou prestar o serviço de Atenção Farmacêutica, embora somente 27,9% acredite que seu local de trabalho favoreça um atendimento sigiloso e confortável, em termos de espaço e recursos materiais. Menos da metade dos participantes (43,3%) se consideram realizados ao avaliarem sua atuação profissional enquanto agentes de saúde comprometidos com o sucesso da farmacoterapia e qualidade de vida dos pacientes. Pode-se inferir que o serviço de Atenção Farmacêutica não é efetivamente realizado.

Palavras-chave: Farmacêuticos. Medicamentos Isentos de Prescrição. Dispensação.

ABSTRACT

Pharmacists in community pharmacies are placed in a position of trust, especially in how they relate directly to patients and are readily available to provide advice about medicines. The objectives of this study were: to analyze the availability and quality of systematic reviews published about over-the-counter medicines (OTC); check the actions of community pharmacists in the State of Parana; and assess the knowledge and behavior of pharmacists in dispensing medicines in pharmacies in the city of Ponta Grossa, Parana. Initially, a systematic review of systematic reviews was performed (overview), using the keywords 'Nonprescription Drugs', 'OTC', 'over-the-counter'. We tried to find articles evaluating the efficacy and safety of OTC. We included 49 articles, 18 of them with moderate methodological quality and 31 with high quality. Of the studies, 74.5% demonstrated efficacy in favor of the use of intervention. Of the 24 studies that evaluated safety, 21% showed evidence unfavorable to the drug. Overall, the evidence found in the studies included in the overview is favorable to the use of the drugs evaluated. However, there are therapy groups for which there are gaps in evidence. Then, we carried out a descriptive, cross-sectional study, with data collection through a self-administered anonymous survey via the Survey Monkey® platform. An instrument was sent to the email addresses of the State of Parana pharmacists. The participants were 533 pharmacists (8.5%). The effectiveness (97%), adverse events (62.3%), and previous experience with the product (54.8%) were the factors considered most important for the recommendation of an OTC. Pharmacists demonstrated lack of knowledge about the technical terms related to Evidence-Based Health, which compromises the understanding of scientific studies. Most respondents agreed that pharmacists have the necessary training to prescribe OTC. Over-the-counter medication counseling is a very common practice in the daily work of Parana pharmacists. Finally, we performed a descriptive study, in which all pharmacies in the city of Ponta Grossa, Parana, were visited and pharmacists who worked in these establishments were asked to answer a structured and validated questionnaire. Participants were 104 pharmacists (83.9%), of whom half had regular knowledge on issues related to dispensing drugs and 60.2% demonstrated proper conduct in the dispensation on presentation of prescription. Half of the participants said they provided the pharmaceutical care service, although only 27.9% believed that their workplace favors a confidential and comfortable service, in terms of space and material resources. Less than half of participants (43.3%) considered satisfied when assessing their professional performance as health workers committed to the success of pharmacotherapy and quality of life of patients. It can be inferred that the pharmaceutical care service is not actually performed.

Key-words: Pharmacists. Nonprescription drugs. Dispensing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Fluxograma das revisões incluídas e excluídas.....	44
Figura 2.2 - Estudos encontrados na revisão sistemática em relação às indicações terapêuticas avaliadas.....	53
Figura 3.1 - Distribuição dos respondentes no mapa do Estado do Paraná, Brasil.....	83
Figura 3.2 - Fatores considerados importantes pelos farmacêuticos para a recomendação de um MIP.....	86
Figura 3.3 - Respostas dos farmacêuticos participantes do estudo quando questionados à respeito das fontes de informação em caso de dúvidas.....	87
Figura 3.4 - Comparação das respostas dos farmacêuticos participantes em relação à prescrição farmacêutica.....	90
Figura 4.1 - Classificação administrativa dos estabelecimentos (n=104) ...	126
Figura 4.2 - Formação curricular dos farmacêuticos participantes (n=103)..	127
Figura 4.3 - Recursos utilizados para consultar informações relativas aos medicamentos.....	128
Figura 4.4 - Respostas dos farmacêuticos para as questões que avaliavam o conhecimento para a dispensação de medicamentos.....	129
Figura 4.5 - Conduta apresentada pelos farmacêuticos durante a dispensação de medicamentos.....	130
Figura 4.6 - Avaliação da atuação profissional dos farmacêuticos enquanto agentes de saúde.....	133

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Principais características das revisões sistemáticas sobre medicamentos isentos de prescrição.....	45
Tabela 3.1 - Características dos farmacêuticos participantes do estudo.....	84
Tabela 3.2 - Conhecimento sobre os termos relacionados à saúde baseada em evidências (número de respondentes e porcentagem)	88
Tabela 4.1 - Dados gerais dos farmacêuticos participantes do estudo (n=104)	125
Tabela 4.2 - Frequência com a qual os medicamentos são indicados pelos Farmacêuticos.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIMIP	- Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição
AF	- Atenção Farmacêutica
AINE's	- Anti-inflamatórios não esteroidais
AMSTAR	- A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews
Anti-H ₂	- Antagonistas de Receptores H ₂
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	- Anatomical Therapeutic Chemical
CFF	- Conselho Federal de Farmácia
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CRF-PR	- Conselho Regional de Farmácia do Paraná
ECR	- Ensaio Clínico Randomizado
FDA	- Food and Drug Administration
FIP	- Federação Internacional de Farmácia
GITE	- Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MEDLINE	- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MIP	- Medicamento Isento de Prescrição
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
OTC	- Over-the-counter
PNM	- Política Nacional de Medicamentos
PRISMA	- Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
RS	- Revisão Sistemática
SBE	- Saúde Baseada em Evidências
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRN	- Terapia de Reposição da Nicotina
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO 1: REVISÃO DA LITERATURA.....	15
1.1	CONTEXTO.....	16
1.2	AUTOCUIDADO E AUTOMEDICAÇÃO.....	18
1.3	PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL.....	21
1.4	MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO.....	25
1.5	SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	30
	ANEXO 1.1 LISTA DE GRUPOS E INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS ESPECIFICADAS (GITE).....	36
2	CAPÍTULO 2: ANÁLISE DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO.....	38
2.1	CONTEXTO.....	39
2.2	OBJETIVOS.....	40
2.2.1	OBJETIVO GERAL.....	40
2.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
2.3	MATERIAL E MÉTODOS.....	41
2.3.1	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	41
2.3.1.1	Critérios de inclusão.....	41
2.3.1.2	Critérios de exclusão.....	42
2.3.2	BUSCA E CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS.....	42
2.3.2.1	Avaliação da qualidade metodológica dos estudos.....	43
2.3.2.2	Extração de dados.....	43
2.4	RESULTADOS.....	44
2.5	DISCUSSÃO.....	54
2.6	CONCLUSÃO.....	61
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICE 2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES DE DADOS.....	69
	APÊNDICE 2.2 INSTRUMENTO DESENVOLVIDO PARA A EXTRAÇÃO DE DADOS.....	70
	APÊNDICE 2.3 ESTUDOS EXCLUÍDOS A PARTIR DA LEITURA NA	

	ÍNTEGRA.....	71
	ANEXO 2.1 <i>CHECKLIST</i> PRISMA.....	74
	ANEXO 2.2 INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS.....	75
3	CAPÍTULO 3: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA FARMACÊUTICA NO ESTADO DO PARANÁ.....	76
3.1	CONTEXTO.....	77
3.2	OBJETIVOS.....	79
3.2.1	OBJETIVO GERAL.....	79
3.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	79
3.3	MATERIAL E MÉTODOS.....	80
3.3.1	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	80
3.3.2	COLETA DE DADOS.....	80
3.3.3	ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	81
3.3.4	PRECEITOS ÉTICOS.....	82
3.4	RESULTADOS.....	83
3.5	DISCUSSÃO.....	91
3.6	LIMITAÇÕES.....	99
3.7	CONCLUSÃO.....	100
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICE 3.1 QUESTIONÁRIO COMPLETO ENVIADO.....	108
	APÊNDICE 3.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	116
4	CAPÍTULO 4: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E DO COMPORTAMENTO DOS FARMACÊUTICOS DURANTE A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA CIDADE NO ESTADO DO PARANÁ.....	118
4.1	CONTEXTO.....	119
4.2	OBJETIVOS.....	121
4.2.1	OBJETIVO GERAL.....	121
4.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	121
4.3	MATERIAL E MÉTODOS.....	122
4.3.1	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	122

4.3.2	COLETA DE DADOS.....	123
4.3.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	124
4.3.4	PRECEITOS ÉTICOS.....	124
4.4	RESULTADOS.....	125
4.5	DISCUSSÃO.....	134
4.6	CONCLUSÃO.....	145
	REFERÊNCIAS.....	146
	APÊNDICE 4.1 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	151
	APÊNDICE 4.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROPRIETÁRIO/GERENTE)	159
	APÊNDICE 4.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FARMACÊUTICO).....	160

CAPÍTULO 1: REVISÃO DE LITERATURA

1.1 CONTEXTO

De acordo com a lei nº 13.021 de 2014, Farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação individual e coletiva, sendo classificada em farmácias sem manipulação ou drogarias e farmácias com manipulação (BRASIL, 2014).

Neste contexto, o termo farmácia comunitária refere-se aos estabelecimentos farmacêuticos não hospitalares e não ambulatoriais que atendem a comunidade, sendo, no Brasil, em sua maioria privadas (BARETA, 2003; CORRER; PONTAROLO; RIBEIRO, 2013). Desta forma, o foco do farmacêutico comunitário é o paciente e todas as ações e responsabilidades quando centradas neste usuário de medicamentos trazem benefícios diretos para ele e para o sistema de saúde (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

Na farmácia comunitária, os farmacêuticos têm a oportunidade de dispensar medicamentos mediante a apresentação de prescrições médicas e odontológicas, recomendar medicamentos isentos de prescrição para sintomas autolimitados, bem como prestar os serviços farmacêuticos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009).

A dispensação, de acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF), é o ato do farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não (CFF, 2001). Desta forma, a entrega do medicamento com as devidas orientações acerca de seu uso devem ser feitas mediante a apresentação e análise de uma prescrição elaborada por um profissional habilitado.

Da mesma forma, o farmacêutico comunitário tem uma atuação bastante expressiva diante de sintomas autolimitados, para os quais é solicitado a selecionar e recomendar o medicamento isento de prescrição (MIP) mais adequado. Neste sentido, o CFF regulamentou, em 2013, a prescrição farmacêutica, como a ação de recomendar algo ao paciente, podendo incluir a seleção de opção terapêutica, a oferta de serviços farmacêuticos, ou o encaminhamento a outros profissionais ou serviços de saúde. Considerada uma atribuição clínica do farmacêutico, a prescrição deve ser realizada com base nas necessidades do paciente e nas melhores evidências científicas (CFF, 2013b).

Diante deste cenário, o farmacêutico deve estar capacitado a selecionar e orientar o uso correto e seguro dos MIPs, estando adequadamente preparado no que diz respeito: ao conhecimento sobre os medicamentos e a legislação que regulamenta a atuação da categoria; aos cuidados com o paciente; à prática baseada em evidências, que representa o elo entre a experiência clínica, os valores do paciente e as melhores evidências científicas.

Existem poucos estudos que avaliem a prática de farmacêuticos comunitários baseada em evidências, sendo que os estudos disponíveis revelam um contexto de dificuldades e limitações relatadas por estes profissionais. Ainda, não há na literatura estudos com um grande número de farmacêuticos no Estado do Paraná, voltados para o uso de MIPs. Desta forma, torna-se importante avaliar criteriosamente o farmacêutico segundo seu conhecimento e comportamento observados durante a dispensação, verificando a contribuição deste profissional para o uso responsável de medicamentos.

Desta forma, este trabalho apresenta, inicialmente, uma pesquisa de evidências sobre os MIPs. A seguir, foi realizado um estudo verificando a prática dos farmacêuticos no Estado do Paraná com ênfase na recomendação de MIPs. Por fim, o conhecimento e comportamento dos farmacêuticos na dispensação de medicamentos e a prestação do serviço de Atenção Farmacêutica foram avaliados.

O trabalho foi organizado em capítulos, sendo que este traz uma revisão da literatura sobre aspectos importantes abordados no decorrer do trabalho.

1.2 AUTOCUIDADO E AUTOMEDICAÇÃO

Há uma constatação de que graças à maior disponibilidade de informações sobre os produtos para a saúde, cada vez mais os pacientes assumem ou desejam assumir maiores responsabilidades pelo seu estado de saúde, caracterizando o autocuidado, reconhecidamente um dos aspectos da assistência e promoção à saúde (WHO, 1998; FIP, 1996 e 1999).

No autocuidado, é o indivíduo quem decide qual tratamento será utilizado, aumentando sua responsabilidade de que a escolha seja segura e efetiva (WERTHEIMER; SERRADELL, 2008). O autocuidado é o método preferido para tratar sintomas menores, facilmente identificáveis, por acarretar um menor gasto de tempo e dinheiro (PORTEOUS *et al.*, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde o autocuidado pode ser definido como recurso primário de saúde pública no sistema de saúde, o qual inclui a automedicação (WHO, 2000). Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2012) a automedicação é a utilização de medicamentos por conta própria ou indicados por pessoas não habilitadas, isto é, sem a orientação e/ou o acompanhamento do médico. Ainda, automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto acreditando que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas (PAULO; ZANINE, 1988).

Uma consequência direta deste interesse e maior autonomia do indivíduo em relação ao seu corpo e à sua condição de saúde, tem sido o incremento na demanda por informações de fontes externas, no sentido de agregar mais conhecimento sobre doenças, sintomas, produtos e medidas que auxiliem o paciente a cuidar de si mesmo. Entretanto, a prática da automedicação tem seus benefícios, mas também riscos que a utilização irracional de medicamentos de venda livre pode causar para o indivíduo e para a sociedade (BLEKINSOPP; BRADLEY, 1996a e 1996b; FIP, 1999). Assim, antes de a automedicação ser considerada um método seguro e econômico de atendimento, a realidade do risco relacionado com esta prática deve ser levada em conta pelos profissionais de saúde e instituições (ASSERAY *et al.*, 2013).

A automedicação engloba o uso de medicamentos isentos de prescrição (MIPs), ou ainda medicamentos sujeitos à prescrição médica e remédios caseiros (EDITORIAL DE AUTOMEDICAÇÃO, 1997). Quando as pessoas decidem por buscar ajuda profissional, a farmácia comunitária é considerada a principal fonte de consulta (PORTEOUS *et al.*, 2006).

Um estudo analisando o perfil da automedicação no Brasil, verificou que a escolha de medicamentos é baseada principalmente na recomendação de pessoas leigas (51%), sendo também relevante a influência de prescrições anteriores (40%). Observou-se maior cuidado com a escolha de fármacos para crianças e idosos (maior taxa de recomendação por profissionais sanitários) (ARRAIS *et al.*, 1997).

O farmacêutico tem um papel de extrema importância no âmbito da automedicação, no sentido de orientar o uso correto e seguro dos MIPs, os quais não requerem a apresentação de prescrição médica ou odontológica. O uso destes fármacos deve ser monitorado com o mesmo cuidado relacionado aos medicamentos prescritos (WHO, 2000; ALONZO *et al.*, 2001). Bilhões de problemas de saúde são tratados anualmente com um ou mais MIPs, como terapia primária ou terapia adjuvante. A prevalência do uso de fármacos sem prescrição, bem como a possível ocorrência de efeitos adversos e falhas terapêuticas, requer atenção por parte do profissional farmacêutico (COVINGTON, 2006; WERTHEIMER; SERRADEL, 2008).

Quando uma pessoa consulta o farmacêutico sobre um problema de saúde, o profissional deve determinar se o quadro deve ser gerido pelo autocuidado ou ser encaminhado para um médico (PORTEOUS *et al.*, 2006; WERTHEIMER; SERRADELL, 2008; MACKOWIAK, 2010). O farmacêutico precisa obter informações do indivíduo sobre o atual problema, incluindo uma descrição dos sintomas, a gravidade, o início e duração dos mesmos. O farmacêutico acessa essas informações e desenvolve um plano de cuidado para o indivíduo, o que pode incluir a indicação de um MIP (MACKOWIAK, 2010).

Para aconselhar adequadamente o paciente no autocuidado, o farmacêutico deve empenhar-se em (FINKEL; PRAY, 2007):

1. Adquirir um grande conhecimento sobre produtos que não exigem prescrição (por exemplo, por meio do estudo de livros baseados em evidências);
2. Obter informações dos pacientes (ou cuidadores), de forma rápida, por meio de um processo de entrevista, podendo incluir diversos tipos de avaliação;

3. Analisar as informações levando em conta todos os fatores relacionados ao produto e ao paciente;

4. Aconselhar os pacientes sobre o(s) problema(s) apresentado(s). Este aconselhamento de pacientes que solicitam informações sobre autocuidado deve incluir uma recomendação do farmacêutico sobre a melhor ação a ser tomada, que poderia ser não tratar, encaminhar ao médico ou autotratamento.

1.3 PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL

Segundo Ciccia e Peretta (2000) o Farmacêutico é o profissional da saúde com maior conhecimento sobre medicamentos e seus efeitos sobre o corpo humano. Combinando esses conhecimentos com o fácil acesso ao público, está em uma posição ideal para melhorar a atenção prestada ao paciente. Seu papel no moderno sistema de saúde é orientar e educar no que se refere ao uso racional de medicamentos.

Até o século XIX os farmacêuticos, então denominados boticários, realizavam todo o processo de produção dos medicamentos artesanalmente, além de acompanhar o tratamento farmacológico de seus pacientes, sendo profissionais reconhecidos pela sociedade. No entanto, em meados do século XX, as funções antigamente exercidas exclusivamente pelos farmacêuticos, como a pesquisa e a produção, passaram a ser realizadas pela indústria, restando ao farmacêutico as preparações extemporâneas e a dispensação de medicamentos (GOUVEIA, 1999; HOLLAND; NIMMO, 1999).

Com a redução da atividade artesanal da manipulação, à medida que os médicos e o consumidor deram preferência ao produto industrializado, a farmácia passou a ser considerada como posto de venda de medicamentos e como um ato puramente comercial, desvinculado de seu papel de assistência à saúde (VALLADÃO, 1986). Os farmacêuticos passaram a ser vistos como “vendedores de alto custo”, guardiões econômicos, encarregados de controlar os custos de medicamentos, mas frustrados, por não desempenharem ações em saúde e, com isso, profissionais com pouca valorização profissional e científica (CICCIA; PERETTA, 2000).

Essa expansão da indústria farmacêutica e a diversificação do campo de atuação profissional, levaram o farmacêutico a se distanciar da área de medicamentos. Este afastamento pode ser considerado como um processo de “desprofissionalização”, no qual o conhecimento intrínseco relativo aos medicamentos é desvalorizado e a confiança pública, outrora conquistada pelos boticários, é perdida (SANTOS, 1993; HOLLAND; NIMMO, 1999).

Os farmacêuticos não conseguiam inserção nas grandes indústrias e não tinham o que fazer nas drogarias, pois a comercialização dessas especialidades

exigia menos conhecimento técnico (ANGONESI; SEVALHO, 2010). Além disso, em 1930, com a alegação de que não existiam farmacêuticos suficientes para atender às necessidades do crescente número de farmácias no país, “a legislação passa a proporcionar a possibilidade” de seu funcionamento “sem a presença de farmacêuticos diplomados” (GIOVANNI, 1980).

A Lei nº 5.991 reforçou o caráter comercial que vinha sendo atribuído ao setor pelo fato de denominar as atividades farmacêuticas por “comércio farmacêutico”, autorizar que a venda de medicamentos fosse exercida por qualquer pessoa, deferir a venda de artigos não relacionados à saúde nas farmácias, tais como produtos de limpeza, e permitir o fornecimento de medicamentos por hotéis e similares sem a supervisão do farmacêutico (BRASIL, 1973).

No Brasil, houve uma migração de profissionais para campos como as análises clínicas, bromatológicas e toxicológicas, que não têm relação com o contexto do medicamento. A indústria contribuiu para essa situação na medida em que passou a fornecer aos médicos, aos proprietários de farmácia e ao consumidor informações sobre as propriedades e indicações de uso dos produtos, na forma de bulas. Assim, o conhecimento do farmacêutico em relação aos medicamentos é substituído pelas bulas, não havendo mais a necessidade do profissional para explicar os fatores envolvidos com a manutenção e a recuperação da saúde (SANTOS, 1993).

Desta forma, a perda do papel tradicional dos farmacêuticos fez com que estes se afastassem do contato direto com o paciente (ANGONESI; SEVALHO, 2010). Portanto, esta crise de identidade exigiu mudanças na atitude profissional, que está evoluindo em direção à recuperação de um papel respeitável do farmacêutico na sociedade, com maior responsabilidade frente ao paciente (VALENTINI; MADALOZZO, 2005).

Na década de 90, foi utilizado na literatura o termo *Pharmaceutical care*, em que a profissão farmacêutica direciona suas intervenções para a melhoria da qualidade de vida do paciente, buscando a provisão responsável do tratamento farmacológico, visando alcançar resultados satisfatórios na saúde (HEPLER; STRAND, 1990).

Sendo assim, no Brasil, o termo *Pharmaceutical care* foi traduzido como Atenção Farmacêutica, e seu conceito foi formulado na proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, em 2002:

“Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (IVAMA *et al.*, 2002).

Neste contexto, o farmacêutico contemporâneo atua no cuidado direto ao paciente, promove o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, redefinindo sua prática a partir das necessidades dos pacientes, família, cuidadores e sociedade (CFF, 2013a).

Em 2013, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou duas resoluções que contribuem para a retomada do farmacêutico como profissional de saúde. A resolução nº 585 regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, visando proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente (CFF, 2013a).

Entre estas atribuições está a prescrição de medicamentos pelo farmacêutico, prática regulamentada pela resolução do CFF nº 586. Define-se a prescrição farmacêutica como ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde. A prescrição deve ser realizada com base nas necessidades de saúde do paciente e nas melhores evidências científicas (CFF, 2013b).

De acordo com a regulamentação, o farmacêutico pode realizar a prescrição de MIPs e pode prescrever medicamentos cuja dispensação exige prescrição médica, desde que condicionados à existência de diagnóstico prévio. Neste caso, a prescrição farmacêutica está condicionada àqueles casos previstos em programas, protocolos, diretrizes ou normas aprovados para uso no âmbito de instituições de saúde ou quando da formalização de acordos de colaboração com outros prescritores ou instituições de saúde (CFF, 2013b).

Recentemente, foi sancionada a Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que define a Farmácia como uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar

assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva. Esta lei deixa claro a obrigatoriedade da presença do profissional farmacêutico durante todo o tempo de funcionamento do estabelecimento e classifica as farmácias segundo sua natureza, como farmácias sem manipulação ou drogarias e farmácias com manipulação (BRASIL, 2014).

Diante deste novo cenário da profissão farmacêutica, ressalta-se o cuidado prestado pelo profissional farmacêutico ao paciente e à sociedade, que se materializa na prestação de serviços farmacêuticos. Desta forma, uma consulta pública promovida pelo Conselho Federal de Farmácia traz os seguintes serviços prestados pelo farmacêutico para atender às necessidades de saúde do paciente: rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, dispensação, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia e acompanhamento farmacoterapêutico (CFF, 2014).

Entretanto, até o momento, com relação aos serviços farmacêuticos no Brasil, tem-se o estabelecido pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 44 de 2009. De acordo com a resolução, além da dispensação de medicamentos, é permitido às farmácias e drogarias a prestação de serviços farmacêuticos, como a Atenção Farmacêutica (AF) e a perfuração de lóbulo auricular. O serviço de AF compreende a AF domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos (verificação de pressão arterial e temperatura corporal) e bioquímico (determinação da glicemia capilar) e administração de medicamentos. A aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico deve ter por finalidade subsidiar informações sobre o estado de saúde do paciente, situações de risco e permitir o acompanhamento e avaliação da efetividade do tratamento prescrito (BRASIL, 2009a).

1.4 MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO

Os medicamentos isentos de prescrição (MIPs), segundo a Organização Mundial da Saúde, são os medicamentos aprovados pelas autoridades sanitárias para tratar sintomas e males menores. Conhecidos internacionalmente pela sigla OTC (*Over-The-Counter*), estão disponíveis sem prescrição ou receita médica devido à sua segurança e eficácia, desde que utilizados conforme as orientações disponíveis nas bulas e rotulagens (ABIMIP, 2012).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia, MIP é aquele cuja dispensação está destinada a condições que não necessitam de um diagnóstico preciso, também chamadas de transtornos menores (CORRER; ROTTA; OTUKI, 2013). Neste contexto, o aconselhamento farmacêutico nos transtornos menores visa melhorar e/ou resolver sintomas simples experimentados pelos pacientes. Sendo assim, o farmacêutico tem um papel chave em selecionar o tratamento mais adequado e educar o paciente para o autocuidado, a fim de alcançar resultados clínicos positivos, evitando possíveis problemas relacionados aos medicamentos (COELHO; COSTA, 2014).

Para que um medicamento seja comercializado como isento de prescrição, a OMS estabelece que deve haver uma relação favorável benefício/risco; eficácia e incidência bem caracterizada de efeitos adversos; o fármaco deve ter uma larga margem de segurança; a absorção, metabolismo e excreção do medicamento não devem ser afetados por outros fármacos comumente usados. Ainda neste contexto, deve haver avaliação dos riscos do medicamento em grupos de pacientes específicos; risco baixo de mascarar sintomas resultando em demora no diagnóstico e no tratamento adequado; baixo grau de dependência e potencial de abuso. Em suma, as propriedades básicas do medicamento devem estar bem estabelecidas e documentadas, como a farmacocinética, farmacodinâmica, indicações, segurança, eficácia, toxicidade e potencial alergênico (WHO, 2000).

A alteração da classificação do enquadramento da categoria de venda do medicamento sob prescrição para medicamentos isentos de prescrição é conhecida internacionalmente como *switch*. A segurança é a principal preocupação das Autoridades Sanitárias no momento de permitir ou não a reclassificação do enquadramento da categoria de venda sob prescrição para a categoria de venda

isenta de prescrição médica. Quando um medicamento novo é lançado, inicialmente, ele é enquadrado pela Autoridade Sanitária como medicamento de venda sob prescrição médica. Com o passar dos anos, após o medicamento ser utilizado em larga escala por um grande número de pacientes e de terem sido levantadas informações suficientes acerca da segurança de seu uso e, também, de que possui características intrínsecas de um medicamento isento de prescrição, a indústria poderá submeter à Autoridade Sanitária um pedido de reclassificação do enquadramento da categoria de venda do seu produto (ABIMIP, 2012; FDA, 2012).

Os medicamentos isentos de prescrição foram mencionados pela primeira vez na legislação sanitária brasileira na Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário de medicamentos (BRASIL, 1973).

A RDC da ANVISA nº 138 de 2003 foi publicada em virtude da necessidade de implementar ações visando a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Sendo assim, esta resolução tem como anexo a Lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE). Todos os medicamentos cujos grupos terapêuticos e indicações terapêuticas estão descritos na lista GITE (ANEXO 1), respeitadas as restrições textuais e de outras normas legais e regulamentares pertinentes, são de venda sem prescrição médica, com exceção daqueles administrados por via parenteral, na forma de medicamento injetável, que são de venda sob prescrição médica (BRASIL, 2003).

As associações medicamentosas de duas ou mais apresentações em uma mesma embalagem para uso concomitante ou sequencial, cujo grupo e indicação terapêutica de pelo menos um de seus fármacos não se encontrarem na lista GITE, são de venda sob prescrição médica (BRASIL, 2003).

Entretanto, a ausência de atualização da lista nos últimos anos impossibilitou que medicamentos que tivessem perfil de segurança e uso compatíveis com a venda sem prescrição fossem incorporados a essa categoria de venda. Sendo assim, a consulta pública da ANVISA nº 27, de 6 de abril de 2015, trouxe uma proposta de RDC, dispondo sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como MIPs (BRASIL, 2015).

Com o propósito de reduzir o uso inadequado e sem orientação de medicamentos, em 2009, a Instrução Normativa nº 10 de 17 de agosto aprovou a relação dos medicamentos isentos de prescrição que poderiam permanecer ao alcance dos usuários, para obtenção por meio de autosserviço em farmácias e

drogarias: fitoterápicos, medicamentos administrados por via dermatológica e medicamentos sujeitos a notificação simplificada como soro fisiológico, água boricada, entre outros (BRASIL, 2009b). Desta forma, conforme a RDC da ANVISA nº 44 de 2009, os demais MIPs deveriam permanecer, assim como os medicamentos tarjados, em área de circulação restrita aos funcionários, não sendo permitida sua exposição direta ao alcance dos usuários do estabelecimento (BRASIL, 2009a).

Entretanto, em 27 de julho de 2012, foi publicada no Diário Oficial da União a RDC nº 41 que estabelece que os medicamentos de venda livre podem ficar em gôndolas ao alcance dos usuários em farmácias e drogarias, desde que em área segregada àquela destinada aos produtos correlatos, como cosméticos e produtos dietéticos. Desta forma, a RDC nº 41 altera o artigo 40 da Resolução nº 44 de 2009, que exigia que os medicamentos isentos de prescrição fossem posicionados atrás do balcão e revoga a Instrução Normativa nº 10 (BRASIL, 2012).

A Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição (ABIMIP) traz listas com os fármacos isentos de prescrição comercializados no mundo. Estas listas agrupam os fármacos de acordo com o órgão em que agem e segundo suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas, conforme a *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System*, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde. Neste caso, a sigla "OTC" significa que pelo menos uma dosagem ou forma do ingrediente tem o status legal de "medicamento sem prescrição médica" no país em questão (ABIMIP, 2012).

Embora os MIPs sejam considerados medicamentos relativamente seguros para serem dispensados sem prescrição, alguns estudos colocam em questão sua efetividade e segurança (HEINECK *et al.*, 1998; SMITH; SCHROEDER; FAHEY, 2012). Desta forma, é importante a obtenção de estudos que respondam a uma questão clínica, procurando integrar a melhor evidência científica às necessidades de atendimento do paciente (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004).

1.5 SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A Saúde Baseada em Evidências (SBE) é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica, utilizando provas científicas existentes no momento, como boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica (ATALLAH, 2004).

Antigamente, as pesquisas eram embasadas apenas por teorias fisiopatológicas. Recentemente, estas foram agregadas a um processo baseado em evidências provindas de boas pesquisas científicas, as quais objetivam reduzir a incerteza na área da saúde para auxiliar na tomada de melhores decisões clínicas (EL DIB, 2007).

Com relação aos estudos de tratamento, as revisões sistemáticas (RS) são consideradas, atualmente, o maior nível de evidência para qualquer questão clínica (EL DIB, 2007). As RS envolvem uma revisão exaustiva da literatura abordando uma questão claramente definida, utilizando metodologia sistemática, transparente e explícita para identificar, selecionar e avaliar criticamente todos os estudos relevantes. Depois que os dados relevantes dos principais estudos disponíveis foram recolhidos, extraídos e analisados, uma síntese das conclusões é então produzida, de forma clara e objetiva (TORLONI; RIERA, 2010).

Os métodos estatísticos (metanálises) podem ou não ser usados para analisar e sumarizar os resultados dos estudos incluídos em uma RS (CORDEIRO *et al.*, 2007). As RS e metanálises são importantes para acompanhar as inovações na área da saúde, considerando que experiências clínicas nem sempre são suficientes para fundamentar decisões. A SBE integra a experiência clínica com a capacidade de analisar e aplicar de forma racional a informação científica (LOPES, 2000; MANCHIKANTI *et al.*, 2009).

A revisão sistemática de revisões sistemáticas (*overview* ou *overview of systematic reviews*) é uma pesquisa designada principalmente a resumir os dados de várias revisões sistemáticas, com foco nos efeitos de intervenções clínicas em potencial sobre uma condição de saúde. O objetivo principal é fornecer subsídios para a tomada de decisão em saúde (HIGGINS; GREEN, 2001).

Durante a realização de uma RS é possível que ocorram falhas neste processo, levando a variações na qualidade das RS publicadas. Por isso, os leitores

e usuários de RS devem ter um ponto de vista crítico e olhar atentamente para a qualidade metodológica dos trabalhos (TORLONI; RIERA, 2010).

Uma vez que a *overview* permite a visualização das revisões sistemáticas disponíveis sobre determinado assunto, existem, atualmente, instrumentos que avaliam a qualidade metodológica destas revisões. Dentre estes instrumentos está o *A Measurement tool to assess systematic reviews* (AMSTAR). O AMSTAR foi criado baseado em evidências empíricas e consenso de especialistas, tendo uma boa reprodutibilidade “*feasibility*”, confiabilidade “*reliability*” e validade de construto “*construct validity*”. O tempo destinado ao preenchimento do instrumento é relativamente pequeno (15 minutos aproximadamente), com 11 perguntas respondidas conforme a seguinte escala: sim, não, não pode responder e não aplicável (SHEA *et al.*, 2006; 2007; 2009).

Desta forma, é importante que os profissionais da saúde considerem para a tomada de decisões em sua prática diária, não somente as experiências clínicas, mas também a informação científica, advinda da capacidade de analisar os dados científicos publicados.

REFERÊNCIAS

ABIMIP - **Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição**. Disponível em: < <http://www.abimip.org.br/site/index.php>>. Acesso em 02/02/2012.

ALONZO, H. G. A.; CRISTIANA, L.; CORREA, C. L.; ZAMBRONE, F. A. D. Analgesics, antipyretics and non-steroidal anti-inflammatory drugs: epidemiological data on six intoxication control centers in Brazil. **Revista Brasileira de Toxicologia**, v.14, p. 49–54, 2001.

ANGONESI, D.; RENNÓ, M. U. P. Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3883–3891, 2011.

ANGONESI, D.; SERVALHO, G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3603–14, 2010.

ANVISA. **Glossário de definições legais**. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/glossario_a.htm> Acesso em 02/02/2012.

ARRAIS, P. S.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. D. S.; CARVALHO, M. L.; RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71-7, 1997.

ASSERAY, N.; BALLEREAU, F.; TROMBERT-PAVIOT, B.; BOUGET, J.; FOUCHER, N.; RENAUD, B.; ROULET, L.; KIERZEK, G.; ARMAND-PERROUX, A.; POTEL, G.; SCHMIDT, J.; CARPENTIER, F.; QUENEAU, P. Frequency and Severity of Adverse Drug Reactions Due to Self-Medication: A Cross-Sectional Multicentre Survey in Emergency Departments. **Drug Safety**, v. 36, p. 1159-68, 2013.

ATTALAH, A. N. A incerteza, a ciência e a evidência. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 9, p. 27-8, 2004.

BARETA, G. M. S. A Atenção Farmacêutica nas Farmácias Comunitárias do Município de Campina Grande do Sul. **Visão Acadêmica**, v. 4, n. 2, p. 105–112, 2003.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II – Buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, p. 104-8, 2004.

BLEKINSOPP, A.; BRADLEY, C. Over the Counter Drugs: Patients, society, and the increase in self medication. **British Medical Journal**, v. 312, p. 629-632, 1996a.

BLEKINSOPP, A.; BRADLEY, C. Over the Counter Drugs: The future for self medication. **British Medical Journal**, v. 312, p. 835-837, 1996b.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 19 de dezembro de 1973.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 11 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº. 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D.F., 02 de junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 44 de 17 de Agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 18 de agosto de 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 10. **Aprova a relação dos medicamentos isentos de prescrição que poderão permanecer ao alcance dos usuários para obtenção por meio de auto-serviço em farmácias e drogarias**. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 18 de agosto de 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 41, de 26 de julho de 2012. Altera Resolução RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009 e revoga a Instrução Normativa IN nº 10, de 17 de agosto de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 27 de julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consulta Pública n. 27, de 06 de abril de 2015 - Proposta de Resolução da Diretoria Colegiada que dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP).** 2015. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/regulacao+sanitaria/assuntos+de+interesse/consultas+publicas/assuntos+de+interesse/consultas+publicas+encerradas/2015/2015040827>> Acesso em 13/07/2015.

CICCIA, G. N.; PERETTA, M. D. **Reengenharia farmacêutica**. Brasília: Ethosfarma, 2000.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 357, de 27 de abril de 2001. **Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.** 2001.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.** 2013a.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 586, de 29 de agosto de 2013. **Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.** 2013b.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Consulta Pública n. 02/2014 - Serviços Farmacêuticos: Contextualização e arcabouço conceitual.** 2014. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Servi%C3%A7os%20farmac%C3%AAuticos%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20arcabou%C3%A7o.pdf>> Acesso em 02/02/2015.

COELHO, R. B.; COSTA, F. A. Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal. **Pharmacy Practice**, v. 12, p. 451, 2014.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M.; RENTERÍA, J. M.; GUIMARÃES, C.A. Revisão Sistemática: Uma Revisão Narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n.6, p. 428-31, 2007.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; RIBEIRO, A. S. C. A farmácia comunitária no Brasil. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. (organizadores). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, p.3-26, 2013.

CORRER, C. J.; ROTTA, I.; OTUKI, M. F. Dispensação de medicamentos isentos de prescrição. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. (organizadores). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, p.152-77, 2013.

COVINGTON, T. R. Nonprescription drug therapy: issues and opportunities. **The American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 70, n. 2, 2006.

Editorial de Automedicação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 31, n. 1, p. 269-95, 1997.

EL DIB, R. P. How to practice evidence-based medicine-Editorial. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 6, n. 1, 2007.

FINKEL, R.; PRAY, W. S. **Guia de dispensação de produtos terapêuticos que não exigem prescrição**. Tradução Lucimar Filot da Silva Brum, Inara Berardi Bagesteiro. – Porto Alegre: Artmed, 2007.

FIP. International Pharmaceutical Federation. Autocuidado - Incluida la automedicación responsable - el papel profesional del farmacéutico. **Declaración de principios**. Jerusalem, 1996.

FIP/WSMI. International Pharmaceutical Federation/World self-medication Industry. Automedicación responsable. **Declaración Conjunta**. 1999.

Food and Drug Administration. Disponível em: <<http://www.fda.gov/drugs/developmentapprovalprocess/howdrugsaredevelopedandapproved/approvalapplications/over-the-counterdrugs/default.htm>>. Acesso em 02/03/2012.

GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo**. São Paulo: Polis, 1980.

GOUVEIA, W. A. Harvey, A. K. Whitney Lecture. At center stage: pharmacy in the next century. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 56, p. 1613-18, 1999.

HEINECK, I.; SCHENKEL, E. P.; VIDAL, X. Medicamentos de venta livre en el Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 3, n. 6, p. 385-91, 1998.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533-43, 1990.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (editores) – Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: <www.cochrane-handbook.org> Acessado em: 04/04/2012.

HOLLAND, R. W.; NIMMO, C. M. Transitions, part 1: beyond pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 56, p. 1758-64, 1999.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M.S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M.; RECH, N. **Consenso Brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: OPAS; 2002.

LOPES, A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 3, 2000.

MACKOWIAK E. D. **Essentials of Nonprescription Medications and Devices**. Pharmaceutical Press, 2010.

MANCHIKANTI, L.; DATTA, S.; SMITH, H.; HIRSCH, J. Evidence-based medicine, systematic reviews and guidelines in interventional pain management: part 3: Systematic reviews e meta-analyses of randomized trials. **Pain Physician**, v. 12, p. 35-72, 2009.

PAULO, L.G.; ZANINE A. C. Automedicação no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 34, p.69-75,1988.

PORTEOUS, T.; RYAN, M.; BOND, C. M.; HANNAFORD, P. Preferences for self-care or professional advice for minor illness: a discrete choice experiment. **British Journal of General Practice**, v. 56, p. 911-17, 2006.

SANTOS, M. R. **Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil**. 175f. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

SHEA, B.; BOERS, M.; GRIMSHAW, J. M.; HAMEL, C.; BOUTER, L. M. Does updating improve the methodological and reporting quality of systematic reviews? **BMC Medical Research Methodology**, v. 6, p. 27, 2006.

SHEA, B. J.; BOUTER, L. M.; PETERSON, J.; BOERS, M.; ANDERSSON, N.; ORTIZ, Z.; RAMSAY, T.; BAI, A.; SHUKLA, V. K.; GRIMSHAW, J. M. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). **PLoS One**, v. 2, n. 12, p. e1350, 2007.

SHEA, B. J. HAMEL, C.; WELLS, G. A.; BOUTER, L. M.; KRISTJANSSON, E.; GRIMSHAW, J.; HENRY, D. A.; BOERS, M. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 62, n. 10, p. 1013-20, 2009.

SMITH, S. M.; SCHROEDER, K.; FAHEY, T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1. Art. No.: CD001831. DOI: 10.1002/14651858.CD001831.pub3, 2012.

TORLONI, M. R.; RIERA, R. Design and level of evidence of studies published in two Brazilian medical journals recently indexed in the ISI Web of Science database. **São Paulo Medical Journal**, v.128, p.202-5, 2010.

VALENTINI, A. C.; MADALOZZO, J. C. B. Atenção farmacêutica para pacientes portadores de doenças crônicas. **Infarma**, v. 17, n. 7, 2005.

VALLADAO, M. L. F. et al. Os (des)caminhos do ensino no Brasil. **Revista de Farmácia e Bioquímica da UFMG**, n. 7, p. 63-74, 1986.

WERTHEIMER, A. I.; SERRADELL, J. A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. **Pharmacy World & Science**, v. 30, p. 309-15, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in self-care and selfmedication**. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. The Hague, Netherlands, 26-28 August, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication**. Geneva: WHO, 28 p., 2000.

ANEXO 1.1 - LISTA DE GRUPOS E INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS ESPECIFICADAS (GITE)

Grupos Terapêuticos	Indicações Terapêuticas	Observações
Antiacneicos tópicos	Acne, acne vulgar, rosácea	Restrições: retinóides
Antiácidos, antieméticos, eupépticos, enzimas digestivas	Acidez estomacal, azia, desconforto estomacal, dor de estômago, dispepsia, enjôo, náusea, vômito, epigastria, má digestão, queimação	Restrições: metoclopramida, bromoprida, mebevirina, inibidor de bomba de prótons
Antibacterianos tópicos	Infecções bacterianas da pele	Permitidos: bacitracina e neomicina
Antidiarreicos	Diarréia, disenteria	Restrições: loperamida infantil, opiáceos
Antiespasmódicos	Cólica, cólica menstrual, dismenorréia, desconforto pré-menstrual, cólica biliar, renal e intestinal.	Restrições: mebevirina
Antihistamínicos	Alergia, coceira/prurido, coriza, rinite alérgica, urticária, picada de inseto, ardência, ardor.	Restrições: adrenérgicos, corticosteróides que não a hidrocortisona de uso tópico.
Antisseboreicos	Caspa	
Antissépticos orais	Afta, dor de garganta, profilaxia de cáries	
Antissépticos oculares		Restrições: adrenérgicos (exceto nafazolina com concentração <0,1%), corticóides.
Antissépticos de pele e mucosas	Assaduras, dermatite de fraldas	
Antissépticos urinários	Disúria, dor, ardor e desconforto para urinar	
Antissépticos vaginais tópicos	Higiene íntima, desodorizante	
Aminoácidos, vitaminas e minerais	Suplementos vitamínicos e/ou minerais em pós-cirúrgico/cicatrizante, anemias carenciais, dietas restritivas e inadequadas, doenças crônicas/convalescença, idosos, período de crescimento acelerado, gestação e aleitamento, recém-nascidos, lactentes e crianças em fase de crescimento, prevenção do raquitismo, prevenção/tratamento da desmineralização óssea pré- e pós-menopausal, prevenção de cegueira noturna/xeroftalmia e como antioxidantes e auxiliares do sistema imunológico.	
Anti-inflamatórios	Lombalgia, mialgia, torcicolo, dor articular, artralgia, inflamação da garganta, dor muscular, dor na perna, dor varicosa, contusão.	Permitidos: naproxeno, ibuprofeno, cetoprofeno. Tópicos esteroidais
Antiflebites	Dor nas pernas, dor varicosa, sintomas de varizes	

Antifiséticos, antiflatulentos, carminativos	Eructação, flatulência, empachamento, estofamento.	
Antifúngicos, antimicóticos	Micoses de pele, frieira, micoses de unha, pano branco.	Permitidos: tópicos que não contenham princípios ativos de uso sistêmico
Antihemorroidários	Sintomas de hemorróidas	Permitidos: tópicos
Antiparasitários orais	Vermínoses	Permitidos: mebendazol, levamisol
Antiparasitários tópicos	Piolhos, sarna, escabiose, carrapatos, pediculose, lêndeas	
Antitabágicos	Alívio dos sintomas decorrentes do abandono do hábito de fumar	Restrições: bupropiona
Analgésicos, antitérmicos	Dor, dor de dente, dor de cabeça, dor abdominal e pélvica, enxaqueca, sintomas da gripe, sintomas dos resfriados, febre, cefaléia	Permitidos: analgésicos não narcóticos
Ceratolíticos	Descamação, esfoliação da pele, calos, verrugas	
Cicatrizantes	Feridas, escaras, fissuras de pele e mucosas, rachaduras	
Colagogos, coleréticos	Distúrbios digestivos, distúrbios hepáticos	
Descongestionantes nasais tópicos	Congestão nasal, obstrução nasal	Restrições: vasoconstritores
Descongestionantes nasais sistêmicos	Congestão nasal, obstrução nasal	Permitido: fenilefrina
Emolientes cutâneos	Hidratante	
Emolientes oculares	Secura nos olhos, falta de lacrimejamento	
Expectorantes, sedativos da tosse	Tosse, tosse seca, tosse produtiva	
Laxantes, catárticos	Prisão de ventre, obstipação/constipação intestinal, intestino preso	
Reidratante oral	Hidratação oral	
Relaxantes musculares	Torcicolo, contratura muscular, dor muscular	
Rubefacientes	Vermelhidão/rubor	
Tônico oral	Estimulante do apetite, astenia.	

CAPÍTULO 2: ANÁLISE DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO

2.1 CONTEXTO

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 138, de 2003, estabelece que são medicamentos de venda sem prescrição médica aqueles que se enquadram nas condições da lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE) (BRASIL, 2003). A Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição (ABIMIP) traz listas com os fármacos isentos de prescrição comercializados em 36 países, conhecidos internacionalmente como *over-the-counter* (OTC) (ABIMIP, 2012).

Desta forma, os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) podem ser indicados pelo farmacêutico, mediante a análise dos sintomas do paciente, em caso de transtornos menores.

Embora estes medicamentos sejam considerados relativamente seguros para serem dispensados sem prescrição, alguns estudos, como o realizado por Smith, Schroeder e Fahey (2012) colocam em questão sua eficácia e segurança, pela falta de ensaios de boa qualidade. Desta forma, o farmacêutico precisa manter-se permanentemente atualizado, utilizando fontes de informação baseadas em evidências científicas para escolher um MIP que apresente eficácia e segurança bem embasadas.

Neste sentido, a Saúde Baseada em Evidências (SBE) parte da premissa de que as condutas dos profissionais na prática clínica devem ser baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis no momento (GUAUDARD, 2008). Sob este aspecto, para auxiliar o profissional na identificação, análise e síntese de evidências de estudos primários sobre uma determinada questão, podem ser utilizadas as revisões sistemáticas (RS). A RS é uma das ferramentas mais poderosas e confiáveis para estimar a magnitude de efeitos e a probabilidade da sua ocorrência (RIERA; ABREU; CICONELLI, 2006; LITTELL; CORCORAN; PILLAI, 2008; GOLDER; LOKE, 2009).

Portanto, a compreensão de estudos científicos sobre MIPs torna-se importante para a atuação do farmacêutico, visando uma prática com base nas necessidades de saúde do paciente e nas melhores evidências científicas.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a disponibilidade de revisões sistemáticas que avaliem a eficácia e a segurança dos MIPs.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a qualidade metodológica das revisões sistemáticas encontradas;
- Identificar os grupos terapêuticos, de acordo com a lista GITE, para os quais há lacunas de evidência.

2.3 MATERIAL E MÉTODOS

A fim de verificar a existência de revisões sistemáticas sobre MIPs, foi realizada uma *overview*. Para isto, foi desenvolvido um protocolo seguindo as orientações do Manual Cochrane de revisão sistemática de intervenções (HIGGINS; GREEN, 2011) e do modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (MOHER *et al.*, 2009).

A busca foi realizada nas bases *Cochrane Database of Systematic Review* (CDSR) e no MEDLINE (via Pubmed) no período compreendido desde o início da base até maio de 2012. Para busca dos trabalhos foram utilizados os descritores: “*Nonprescription Drugs*”, OTC, “*over-the-counter*”. Os mecanismos de busca de cada base de dados estão descritos no Apêndice 2.1. Além disso, como uma segunda estratégia de busca, foram incluídos estudos obtidos por busca manual nas referências dos artigos encontrados inicialmente. Não foi realizada busca por trabalhos não publicados ou em anais de congressos.

2.3.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

2.3.1.1 Critérios de inclusão

Foram selecionados estudos de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- a) Revisões sistemáticas, com ou sem metanálise, publicadas em inglês, português ou espanhol;
- b) Pacientes com indicações terapêuticas constantes na lista GITE;
- c) Uso de medicamentos considerados isentos de prescrição no Brasil e no mundo, segundo as listas fornecidas pela ABIMIP;
- d) Desfechos analisados nas revisões sistemáticas de eficácia e segurança.

2.3.1.2 Critérios de exclusão

a) Artigos cujo texto na íntegra não estavam disponíveis por meio das bases de dados ou após contato com o autor por *e-mail*;

b) Artigos que não descreviam revisões sistemáticas ou que eram revisões sistemáticas de revisões sistemáticas (*overview*);

c) Estudos que incluíam apenas medicamentos de prescrição médica;

d) Artigos que avaliaram o uso de plantas medicinais, vitaminas e suplementos;

e) Artigos que se definiam como revisão sistemática, mas em cujo texto completo não cumpriam com os itens 4, 7 e 9 do *checklist* PRISMA (ANEXO 2.1):

- Fornecer uma declaração explícita de questões a serem abordadas com referência aos participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho do estudo;

- Descrever todas as fontes de informação (por exemplo, bases de dados com datas de cobertura, contato com os autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca;

- Apresentar o processo de seleção de estudos (ou seja, busca, elegibilidade, incluídos na revisão sistemática, e, se for o caso, incluídos na metanálise).

2.3.2 BUSCA E CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

Após a obtenção dos artigos, todas as etapas do processo foram realizadas por dois revisores independentes (GCH e AIC), sendo que as discrepâncias foram resolvidas por consenso. Na ausência de concordância, foi solicitado o auxílio de um terceiro revisor (CJC). O processo de seleção dos estudos seguiu o modelo prisma (1): (a) Todos os artigos obtidos foram analisados com base nos títulos e resumos (*screening*); (b) Os artigos considerados relevantes foram analisados na íntegra pelos dois revisores, observando-se os critérios de inclusão e exclusão (*eligibility*); (c) Os artigos que atenderam a todos os critérios foram incluídos para coleta de

dados (*inclusion*). Os artigos que na fase de *screening* geraram dúvida foram incluídos e passaram à fase de *eligibility*, para análise na íntegra.

2.3.2.1 Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Na fase de leitura na íntegra foi feita a avaliação crítica dos estudos, a fim de verificar a qualidade metodológica e analisar possíveis fontes de viés inseridas em cada revisão, por meio do instrumento *Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR), desenvolvido por Shea *et al.* (2009). A pontuação total do AMSTAR (ANEXO 2.2) foi obtida pela soma de um ponto para cada resposta “sim”, qualquer outra resposta, não foi pontuada. A pontuação variou de 0 (zero) como a pior qualidade a 11 (onze) como a melhor qualidade. Além disso, os estudos foram estratificados conforme proposto pelo trabalho de Mikton e Butchart (2009) em que um escore de 0 a 4 indicava uma revisão de baixa qualidade, de 5 a 8 indicava uma qualidade moderada e de 9 a 11 indicava uma revisão de alta qualidade.

2.3.2.2. Extração de dados

Os dados de interesse de cada estudo foram extraídos em duplicata, e plotados em um instrumento padronizado, desenvolvido pelos autores (APÊNDICE 2.2). Os dados coletados foram: periódico da publicação; indicações terapêuticas ou grupo de pacientes em estudo; desenho dos estudos; número de estudos incluídos; medicamentos ou classe de medicamentos avaliados; realização de metanálise; evidência de eficácia e segurança favorável ao medicamento analisado; pontuação AMSTAR. As discordâncias foram resolvidas pelo consenso entre os revisores.

2.4 RESULTADOS

Por meio da busca nas bases de dados foram encontrados 228 artigos de potencial relevância, dos quais foi feita a leitura dos títulos e resumos. Destes, 164 artigos foram excluídos por não contemplarem os critérios de inclusão deste estudo. Os outros 64 artigos passaram para a fase seguinte e foram lidos na íntegra, sendo que apenas 23 foram incluídos, uma vez que 41 não atendiam aos critérios de inclusão (APÊNDICE 2.3). Um fluxograma dos resultados obtidos e as razões para a não seleção dos artigos estão apresentados na figura 2.1. A busca manual complementar selecionou 26 artigos, totalizando 49 incluídos na *overview*. Seis destes artigos foram publicados na década de 90 e os demais foram publicados após o ano 2000. Os artigos incluídos na revisão e algumas características estão descritas na tabela 2.1, ordenados conforme as indicações terapêuticas ou o grupo de pacientes em estudo.

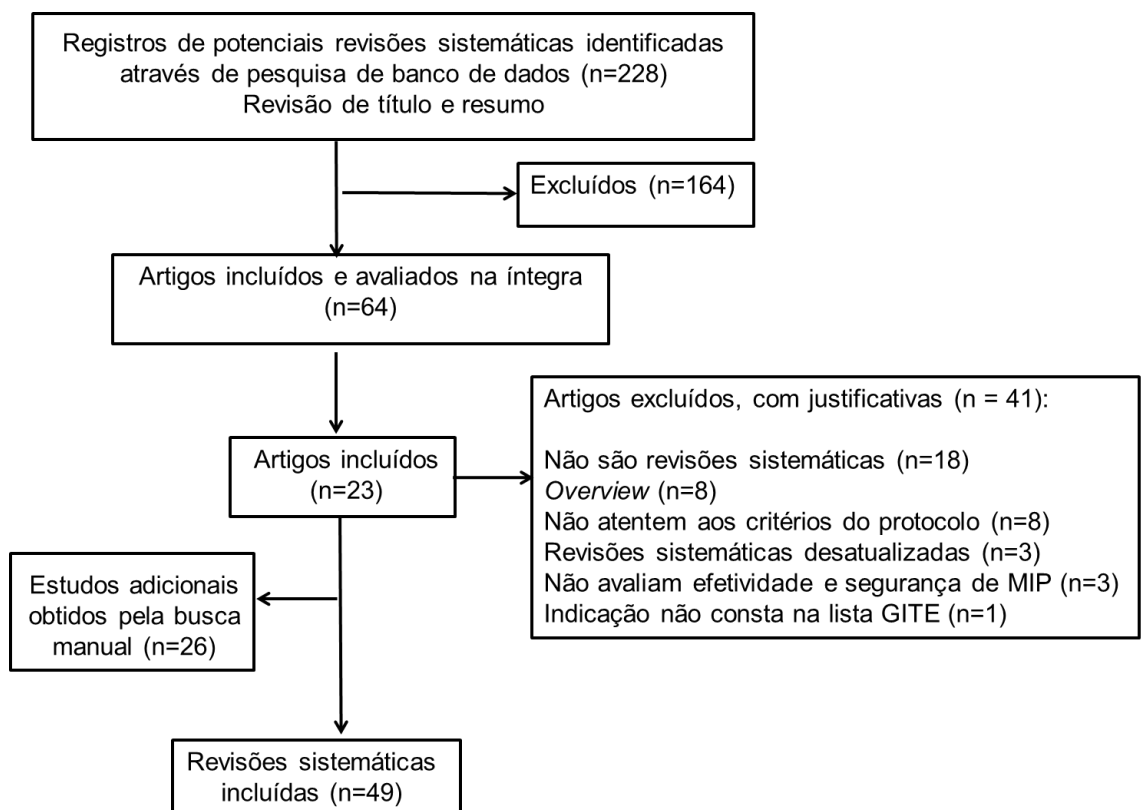


FIGURA 2.1 - FLUXOGRAMA DAS REVISÕES INCLUÍDAS E EXCLUÍDAS

TABELA 2.1 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (CONTINUA)

Referências	Periódicos da publicação	Indicações terapêuticas ou grupo de pacientes em estudo	Desenho dos estudos	Estudos incluídos	Medicamentos ou classes de medicamentos avaliados	Metanálise	Evidência de eficácia favorável ao medicamento	Evidência de segurança favorável ao medicamento	Pontuação AMSTAR
KOES <i>et al.</i> (1997)	Annals of the Rheumatic Diseases	Dor (lombar)	ECR	26	AINE's	Sim	Sim	-	8
MOORE <i>et al.</i> (1998)	British Medical Journal	Dor (e inflamação aguda e crônica)	ECR	86	AINE's tópicos	Sim	Sim	Sim	10
EDWARDS <i>et al.</i> (1999)	Pain	Dor (pós-operatória)	ECR	72	Ácido acetilsalicílico	Sim	Sim	Não	8
VAN TULDER <i>et al.</i> (2003)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (lombar)	ECR	30	Carisoprodol; clorzoxazona; orfenadrina	Sim	Sim	-	9
BJORDAL <i>et al.</i> (2004)	British Medical Journal	Dor (osteoartrite de joelho)	ECR	23	AINE's	Sim	Sim (uso a curto prazo)	-	8
MASON <i>et al.</i> (2004a)	British Medical Journal	Dor (aguda ou crônica)	ECR	12	Rubefacientes tópicos (salicilatos)	Sim	Sim (dor aguda)	Sim	9
MASON <i>et al.</i> (2004b)	BioMed Central Family Practice	Dor (aguda)	ECR	36	AINE's tópicos	Sim	Sim	Sim	9
RICHY <i>et al.</i> (2007)	International Journal of Clinical Practice	Dor (Artrite reumatoide)	ECR	14	Flurbiprofeno	Sim	Sim	Sim	10
TOMS <i>et al.</i> (2008)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (pós-operatória)	ECR	51	Paracetamol	Sim	Sim	Sim	9
DERRY C. <i>et al.</i> (2009a)	Cochrane Database of	Dor (pós-operatória)	ECR	15	Naproxeno	Sim	Sim	Sim	9

TABELA 2.1 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Referências	Periódicos da publicação	Indicações terapêuticas ou grupo de pacientes em estudo	Desenho dos estudos	Estudos incluídos	Medicamentos ou classes de medicamentos avaliados	Metanálise	Evidência de eficácia favorável ao medicamento	Evidência de segurança favorável ao medicamento	Pontuação AMSTAR
	Systematic views								
DERRY C <i>et al.</i> (2009b)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (pós-operatória)	ECR	72	Ibuprofeno	Sim	Sim	Sim	9
DERRY P <i>et al.</i> (2009)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (pós-operatória)	ECR	15	Diclofenaco	Sim	Sim	Sim	9
MATTHEWS <i>et al.</i> (2009)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (aguda e crônica)	ECR	16	Rubefacientes tópicos (salicilatos)	Sim	Sem evidência	Sim	9
MASSEY <i>et al.</i> (2010)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (aguda)	ECR	47	AINE's tópicos	Sim	Sim	Sim	10
MOLL <i>et al.</i> (2011)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (pós-operatória)	ECR	4	Ácido mefenâmico	Sim	Sim	-	9
DERRY, MOORE (2012)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (pós-operatória)	ECR	68	Ácido acetilsalicílico	Sim	Sim	Não	9
DERRY; MOORE; RABBIE (2012)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Dor (crônica)	ECR	34	AINE's tópicos	Sim	Sim	Sim	9
OLDMAN <i>et al.</i>	Pain	Enxaqueca	ECR	48	Sumatriptana; ácido	Sim	Sim	-	8

TABELA 2.1 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Referências	Periódicos da publicação	Indicações terapêuticas ou grupo de pacientes em estudo	Desenho dos estudos	Estudos incluídos	Medicamentos ou classes de medicamentos avaliados	Metanálise	Evidência de eficácia favorável ao medicamento	Evidência de segurança favorável ao medicamento	Pontuação AMSTAR
(2002)					acetilsalicílico + metoclopramida; naratriptana				
SUTHISISANG <i>et al.</i> (2007)	The Annals of Pharmacotherapy	Enxaqueca	ECR	13	Ibuprofeno	Sim	Sim	-	10
DERRY; MOORE; MCQUAY (2010)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Enxaqueca	ECR	10	Paracetamol sozinho ou em associação com antiemético	Sim	Sim	Sim	9
KIRTHI <i>et al.</i> (2010)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Enxaqueca	ECR	13	Ácido acetilsalicílico sozinho ou com antiemético	Sim	Sim	Sim	9
RABBIE <i>et al.</i> (2010)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Enxaqueca	ECR	9	Ibuprofeno sozinho ou com antiemético	Sim	Sim	Sim	9
DERRY, C.; DERRY, S.; MOORE (2012)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Enxaqueca	ECR	61	Sumatriptana	Sim	Sim	Não	9
DERRY; RABBIE; MOORE (2012)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Enxaqueca	ECR	5	Diclofenaco sozinho ou com antiemético	Sim	Sim	Sim	9
HUGHES <i>et al.</i> (2003)	Tobacco Control	Abandono do tabagismo	ECR; ensaios quase-experimentais	7	Terapia de reposição da Nicotina	Sim	Sim	-	8

TABELA 2.1 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Referências	Periódicos da publicação	Indicações terapêuticas ou grupo de pacientes em estudo	Desenho dos estudos	Estudos incluídos	Medicamentos ou classes de medicamentos avaliados	Metanálise	Evidência de eficácia favorável ao medicamento	Evidência de segurança favorável ao medicamento	Pontuação AMSTAR
ETTER; STAPLETON (2006)	Tobacco Control	Abandono do tabagismo	ECR	12	Terapia de reposição da Nicotina	Sim	Sim	-	9
WALSH (2008)	Drug and Alcohol Review	Abandono do tabagismo	ECR; estudos observacionais	12	Terapia de reposição da Nicotina	Não	Não	-	7
HUGHES; PETERS; NAUD (2011)	Nicotine & Tobacco Research	Abandono do tabagismo	Estudos observacionais	18	Terapia de reposição da Nicotina	Não	Inconclusivo	-	7
STEAD <i>et al.</i> (2012)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Abandono do tabagismo	ECR; ensaios quasi-experimentais	150	Terapia de reposição da Nicotina	Sim	Sim	-	10
SCHROEDER; FAHEY (2002a)	British of Medical Journal	Tosse em adultos	ECR	15	Antitussígenos, expectorantes, mucolíticos, anti-histamínicos com e sem descongestionantes, outras combinações	Não	Inconclusivo	-	9
SCHROEDER; FAHEY (2002b)	Archives of Disease in Childhood	Tosse em crianças	ECR	6	Antitussígenos, anti-histamínicos com e sem descongestionantes, outras combinações	Não	Não	-	8
CHANG, C; CHENG,; CHANG, A.(2012)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Tosse em adultos e crianças	ECR	4	Mucolíticos	Sim	Inconclusivo	-	10

TABELA 2.1 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Referências	Periódicos da publicação	Indicações terapêuticas ou grupo de pacientes em estudo	Desenho dos estudos	Estudos incluídos	Medicamentos ou classes de medicamentos avaliados	Metanálise	Evidência de eficácia favorável ao medicamento	Evidência de segurança favorável ao medicamento	Pontuação AMSTAR
SMITH; SCHROEDER; FAHEY (2012)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Tosse em adultos e crianças	ECR	26	Antitussígenos, expectorantes, mucolíticos, anti-histamínicos com e sem descongestionantes, outras combinações	Não	Inconclusivo	-	9
KOLLAR <i>et al.</i> (2007)	Clinical Therapeutics	Alívio dos sintomas nasais no resfriado comum	ECR	8	Fenilefrina	Sim	Sim	-	6
DE SUTTER; LEMIENGR; CAMPBELL (2009)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Alívio dos sintomas nasais no resfriado comum	ECR	32	Anti-histamínicos	Sim	Não	Não	9
TAVERNER; LATTE (2009)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Alívio dos sintomas nasais no resfriado comum	ECR	7	Descongestionantes nasais (uso tópico e oral)	Sim	Sim (adultos) Sem evidências (crianças)	Sim	9
DE SUTTER <i>et al.</i> (2012)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Alívio dos sintomas de resfriado comum	ECR	27	Combinações de analgésicos e/ou descongestionantes e/ou anti-histamínicos	Sim	Sim (adultos) Sem evidência (crianças)	-	10
PURSSELL (2002)	British Journal of Community Nursing	Febre em crianças	ECR	8	Ibuprofeno; paracetamol	Sim	Sim	Sim	8
PERROTT <i>et al.</i> (2004)	Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine	Febre ou dor em crianças	ECR	17	Ibuprofeno; paracetamol	Sim	Sim	Sim	8
MEREMIKWU;	Cochrane	Febre em crianças	ECR;	12	Paracetamol	Sim	Inconclusivo	-	9

TABELA 2.1 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Referências	Periódicos da publicação	Indicações terapêuticas ou grupo de pacientes em estudo	Desenho dos estudos	Estudos incluídos	Medicamentos ou classes de medicamentos avaliados	Metanálise	Evidência de eficácia favorável ao medicamento	Evidência de segurança favorável ao medicamento	Pontuação AMSTAR
OYO-ITA (2009)	Database of Systematic Reviews		ensaios quasi-experimentais						
SOUTHEY; SOARES-WEISER; KLEIJNEN (2009)	Current Medical Research and Opinion	Febre ou dor em crianças	ECR; estudos observacionais	36	Ibuprofeno; paracetamol	Sim	-	Sim	7
TRAMONTE <i>et al.</i> (1997)	Journal of General Internal Medicine	Constipação	ECR	36	Formadores de massa; estimulantes; osmóticos; emolientes	Não	Sim	-	7
PETTICREW WATT; BRAND (1999)	British Journal of General Practice	Constipação em idosos	ECR	19	Formadores de massa; estimulantes; osmóticos; emolientes	Não	Sem evidência	-	7
HURDON; VIOLA; SCHRODER (2000)	Journal of Pain and Symptom Management	Constipação	ECR	4	Docusato	Não	Sem evidência	-	8
JONES <i>et al.</i> (2002)	Digestive Diseases and Sciences	Constipação	ECR	11	Formadores de massa; estimulantes; osmóticos; emolientes	Sim	Inconclusivo	-	7
HART <i>et al.</i> (1999)	British of Medical Journal	Infecção fúngica na pele e unhas dos pés	ECR	67	Antifúngicos tópicos	Sim	Sim	-	8
CRAWFORD; HOLLIS (2007)	Cochrane Database of Systematic	Infecção fúngica na pele e unhas dos pés	ECR	67	Antifúngicos tópicos	Sim	Sim	-	10

TABELA 2.1 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS SOBRE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO (CONCLUSÃO)

Referências	Periódicos da publicação	Indicações terapêuticas ou grupo de pacientes em estudo	Desenho dos estudos	Estudos incluídos	Medicamentos ou classes de medicamentos avaliados	Metanálise	Evidência de eficácia favorável ao medicamento	Evidência de segurança favorável ao medicamento	Pontuação AMSTAR
Reviews									
TRAN; LOWRY; EL-SERAG (2007)	Alimentary Pharmacology & Therapeutics	Dispepsia	ECR	14	Anti-H ₂ ; antiácidos; alginatos	Sim	Sim	-	9
JENKINS; COSTELLO; HODGE (2004)	British Medical Journal	Pacientes com asma	ECR	21	Ácido acetilsalicílico	Não	-	Não	8

AINE's = anti-inflamatórios não esteroidais; ECR = ensaio clínico randomizado; Anti-H₂ = antagonistas de receptores H₂.

Das revisões obtidas pela busca sistemática, 3 estavam desatualizadas e foram, portanto, substituídas pela sua atualização na busca manual (SMITH; SCHROEDER; FAHEY, 2012). Dentre os artigos incluídos pela busca manual, 2 foram retirados da *The Cochrane Library* por falta de atualização (DE SUTTER; LEMIENGRE; CAMPBELL, 2009; TAVERNER; LATTE, 2009), conforme preconiza *Cochrane Collaboration* (HIGGINS; GREEN, 2011).

Com relação aos estudos sobre a eficácia dos MIPs, 35 artigos (74,5%) demonstraram evidência favorável ao uso da intervenção, sendo que em 2 destes estudos a evidência foi favorável à apenas um dos grupos de pacientes avaliados (TAVERNER; LATTE, 2009; DE SUTTER, *et al.*, 2012). Somente em 3 revisões (6,4%) a evidência não foi favorável ao uso do medicamento (SCHROEDER; FAHEY, 2002b; WALSH, 2008; DE SUTTER; LEMIENGRE; CAMPBELL, 2009). Por outro lado, 9 revisões sistemáticas (19,1%) foram inconclusivas ou apontaram ausência de evidência ao uso do fármaco, sugerindo mais estudos.

Dos 24 estudos que avaliaram a segurança, 5 (21%) apresentaram evidência desfavorável ao uso do medicamento, devido aos significantes efeitos colaterais apresentados (EDWARDS, 1999; JENKINS; COSTELLO; HODGE, 2004; DE SUTTER; LEMIENGRE; CAMPBELL, 2009; DERRY S.; MOORE, 2012; DERRY C.; DERRY S.; MOORE, 2012). Um destes estudos (JENKINS; COSTELLO; HODGE, 2004) avaliou a segurança do fármaco ácido acetilsalicílico, no que diz respeito à capacidade de induzir asma, em pacientes conhecidamente asmáticos. O estudo demonstrou que uma parcela significativa dos pacientes asmáticos é sensível ao ácido acetilsalicílico.

A fim de ampliar o escopo deste trabalho, foi incluída uma extensa lista de MIPs comercializados no Brasil e em outros 36 países. Sendo assim, alguns dos medicamentos incluídos não são isentos de prescrição no Brasil, como por exemplo, diclofenaco, sumatriptana e ranitidina que são considerados OTC em alguns países da Europa.

Considerando as indicações terapêuticas encontradas nos trabalhos, pode-se perceber que a maior parte dos artigos avaliou pacientes com dor, seja aguda ou crônica (35,4%) ou, especificamente, enxaqueca (14,6%) (FIGURA 2.2). Para estas condições, foi avaliada a eficácia e, em alguns estudos, a segurança dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINE's). O estudo que avaliou somente a segurança do fármaco ácido acetilsalicílico em pacientes asmáticos não foi incluído no gráfico.

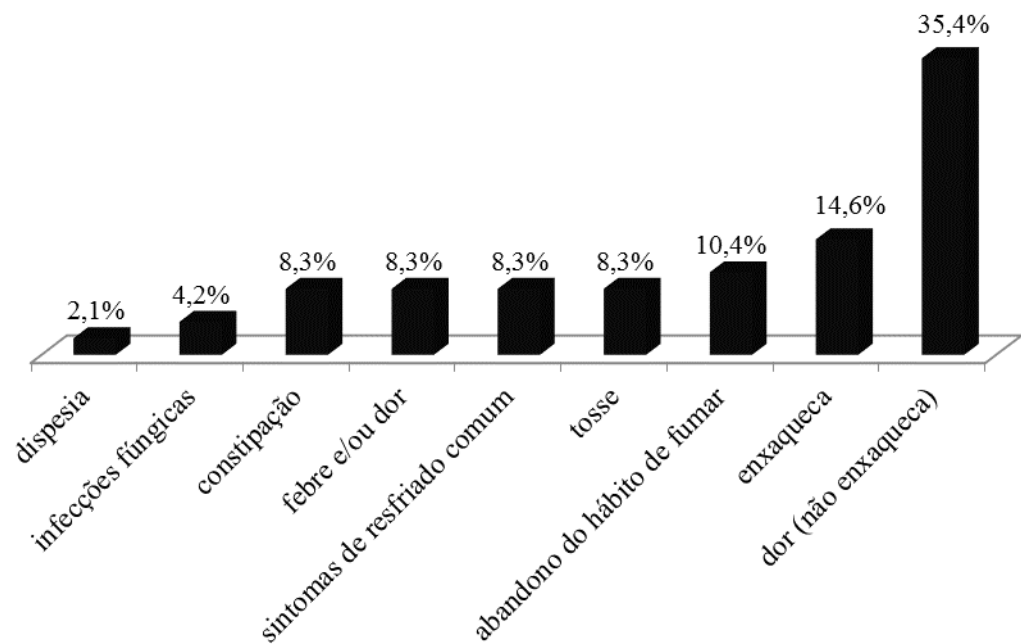


FIGURA 2.2 - ESTUDOS ENCONTRADOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA EM RELAÇÃO ÀS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS AVALIADAS

Considerando a qualidade metodológica das revisões sistemáticas, de acordo com a avaliação por meio do instrumento AMSTAR, 18 revisões eram de qualidade moderada (isto é, escore AMSTAR entre 5 - 8), 31 eram de qualidade alta (9 - 11), sendo que nenhuma das revisões recebeu escore entre 0 - 4, o que caracterizaria uma revisão de baixa qualidade.

Em comparação com a lista GITE, é possível perceber que vários grupos terapêuticos e indicações clínicas não foram avaliados por meio de revisões sistemáticas, utilizando a estratégia de busca proposta. Sendo assim, há, portanto, lacunas para grupos como antidiarreicos, antiespasmódicos, antiparasitários e antissépticos em geral.

2.5 DISCUSSÃO

A comercialização de medicamentos sem a necessidade da apresentação de uma prescrição leva a crer que são seguros e eficazes. Sendo assim, revisões sistemáticas, que correspondem ao mais alto nível de evidência que avaliem a eficácia e a segurança dos medicamentos são fundamentais, a fim de contribuir para o uso racional dos MIPs. Neste sentido, é importante verificar se estes desfechos são avaliados por ensaios de boa qualidade, a fim de que a evidência possa ser utilizada na prática clínica. Portanto, estes dados devem ser considerados pelo farmacêutico no momento da recomendação de MIPs, mediante a análise dos sintomas do paciente.

O presente estudo analisou 49 revisões sistemáticas publicadas até maio de 2012, que mostram ausência de evidência de eficácia ou segurança para pelo menos três das nove indicações terapêuticas avaliadas. Isso leva a pensar que o uso de tais medicamentos em determinadas situações clínicas é questionável, e aponta que mais estudos são necessários.

A maioria das revisões sistemáticas avaliando a eficácia das intervenções (74,5%) demonstrou evidência favorável, em pelo menos um dos grupos de pacientes estudados. Entre os estudos encontrados nesta revisão avaliando a eficácia dos medicamentos no combate à dor aguda ou crônica, somente um estudo não demonstrou evidência para o uso da intervenção (MATTHEWS *et al.*, 2009).

Estudos que avaliem a eficácia e segurança dos medicamentos utilizados no combate à dor são de extrema importância, uma vez que a automedicação neste contexto é uma realidade. Neste sentido, os resultados do estudo realizado por Arrais e colaboradores (1997) sobre o perfil da automedicação no Brasil, demonstram que houve uma predominância do uso dos analgésicos (17,3%) e anti-inflamatórios (5,6%) entre os medicamentos mais procurados. Com relação aos motivos que levaram à procura por estes medicamentos estão: dor de cabeça (12%), dor musculoesquelética (4,5%), dismenorreia (2,0%) e outras dores (4,7%).

Com relação à dor, especificamente a enxaqueca, foram encontrados 7 artigos, avaliando o uso de ácido acetilsalicílico, diclofenaco, ibuprofeno, paracetamol e triptanas. Todos os estudos demonstraram evidência favorável ao uso do medicamento. Um dos desfechos avaliados nestes estudos foi a ausência

sustentada de dor que, segundo Wanmacher e Ferreira (2004), parece ser o objetivo terapêutico mais apropriado.

Três estudos (6,4%) não demonstraram evidência de eficácia favorável ao fármaco, os quais avaliaram o uso de medicamentos para tosse (SCHROEDER, FAHEY, 2002b), terapia de reposição da nicotina (WALSH, 2008) e o uso de anti-histamínicos (DE SUTTER; LEMIENGRE; CAMPBELL, 2009).

Os resultados da utilização de medicamentos para tosse em crianças não demonstraram maior eficácia em relação ao placebo, salientando o pequeno número de ensaios encontrados (SCHROEDER, FAHEY, 2002b). Neste estudos os fármacos avaliados foram antitussígenos (dextrometorfano, codeína), anti-histamínicos sozinhos (clemastina e clorfeniramina), anti-histamínicos associados a descongestionantes (bronfeniramina e fenilefrina) e outras combinações de fármacos (dextrometorfano e paracetamol; dextrometorfano, guaifenesina e pseudoefedrina). Os outros três estudos relacionados ao tratamento da tosse apontaram ausência de boa evidência a favor do uso destes medicamentos, uma vez que os resultados dos ensaios incluídos foram contraditórios (SCHROEDER; FAHEY, 2002a; CHANG C.; CHENG; CHANG A., 2012; SMITH; SCHROEDER; FAHEY, 2012). Resultado semelhante foi demonstrado no estudo de Reis e Figueras (2010) que avaliou a evidência de eficácia e segurança dos medicamentos para tosse registrados no Brasil. A conclusão dos autores foi de que as evidências sobre a eficácia dos MIPs, disponíveis no mercado brasileiro, são fracas devido à falta de pesquisas de boa qualidade.

O estudo de Walsh (2008) também não demonstrou evidência de eficácia favorável ao uso da intervenção, avaliando a terapia de reposição da nicotina (TRN), sem prescrição médica. O artigo concluiu que a superioridade desta terapia não foi demonstrada de maneira convincente. Considerando os outros quatro estudos avaliando a TRN, um deles apresentou resultado inconclusivo (HUGHES; PETERS; NAUD, 2011), enquanto que os demais demonstraram evidência favorável ao uso da intervenção (HUGHES *et al.*, 2003; ETTER; STAPLETON, 2006; STEAD *et al.*, 2012). Estes resultados divergentes podem ser atribuídos à diferença de desenho dos estudos incluídos.

O uso de anti-histamínicos não demonstrou eficácia no alívio dos sintomas nasais (rinorreia, congestão nasal e espirros) presentes no resfriado comum e mostrou mais efeitos colaterais em relação ao placebo (DE SUTTER; LEMIENGRE;

CAMPBELL, 2009). Entretanto, na prática, estes fármacos são muito utilizados nos casos de resfriado, uma vez que se espera o alívio dos sintomas nasais, assim como ocorre em reações alérgicas. Outros 3 artigos avaliaram o uso de fármacos para o alívio dos sintomas do resfriado comum, sendo que em 2 deles foi avaliado o uso de descongestionantes nasais, demonstrando evidência favorável à eficácia do fármaco (KOLLAR *et al.*, 2007; TAVERNER; LATTE, 2009). O trabalho de De Sutter *et al.* (2012) avaliou a melhora global do paciente com resfriado utilizando combinações de analgésicos e/ou descongestionantes e/ou anti-histamínicos, demonstrando evidência de eficácia favorável para o uso em adultos e sem evidência para crianças.

Alguns artigos encontrados nesta revisão apontam para a necessidade de mais estudos (ECR) com determinadas classes de medicamentos, uma vez que os resultados demonstraram ausência de evidência ou foram inconclusivos em alguns casos. Este foi o caso dos quatro artigos encontrados avaliando pacientes com constipação, em que somente um deles demonstrou evidência favorável ao uso da intervenção (TRAMONTE *et al.*, 1997). Os demais apontaram para ausência de evidência (PETTICREW; WATT; BRAND, 1999; HURDON; VIOLA; SCHRODER, 2000) e um foi inconclusivo (JONES *et al.*, 2002), demonstrando a necessidade de mais estudos para embasar a recomendação das intervenções. Assim, estudos bem delineados e com um número adequado de participantes são essenciais para a obtenção de respostas para as questões clínicas.

No que diz respeito ao desfecho segurança, dos cinco trabalhos em que a evidência foi desfavorável ao uso da intervenção, três deles avaliaram o uso do ácido acetilsalicílico. Os efeitos colaterais observados, como sonolência e irritação gástrica, foram significativos, apontando cautela no uso do fármaco (EDWARDS, 1999; DERRY; MOORE, 2012). O estudo realizado por Jenkins, Costello e Hodge (2004) avaliou a indução da asma pelo ácido acetilsalicílico, verificando que a prevalência é maior do que anteriormente demonstrada. Os autores alertam que cabe ao profissional de saúde advertir estes pacientes sobre o risco do uso deste fármaco. Estes dados de segurança enfatizam que o uso do ácido acetilsalicílico requer cautela, embora seja amplamente empregado em casos de dor e febre, especialmente como forma de automedicação.

As revisões sistemáticas tornaram-se o método padrão para avaliar e resumir a investigação em saúde, entretanto a qualidade das revisões recebe,

muitas vezes, pouca atenção. A qualidade pode ser definida como a probabilidade de que o desenho de uma revisão sistemática irá gerar resultados imparciais (MOHER *et al.*, 1995). Desta forma, uma alta qualidade metodológica é um pré-requisito para interpretação válida e aplicação dos resultados da avaliação.

Assim, para que as revisões sistemáticas possam ser levadas em consideração pelos tomadores de decisão em saúde é necessário que não somente se aumente o número de publicações, mas que se preze pela alta qualidade, especialmente procurando seguir padrões validados internacionalmente.

Neste sentido, foi realizada a avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas encontradas, por meio do instrumento AMSTAR, o qual estabelece os seguintes pontos para a produção de um artigo de revisão sistemática de qualidade: 1) Definição clara da pergunta de pesquisa e dos critérios de inclusão; 2) Seleção dos estudos e extração dos dados por, pelo menos, dois revisores independentes; 3) Utilização de, ao menos, duas bases de dados e descrição da data da busca e das palavras-chave; 4) Descrição dos critérios de inclusão e de exclusão, em especial a opção por incluir ou não teses, dissertações, capítulos de livro ou artigos de idiomas específicos; 5) Apresentação de uma lista (ou figura) indicando o número de artigos incluídos, excluídos e os critérios que foram levados em consideração; 6) Descrição das características dos estudos incluídos; 7) Avaliação da qualidade dos estudos incluídos; 8) Considerar a qualidade dos estudos revistos ao generalizar as conclusões; 9) Avaliação da viabilidade de se integrar estudos que, por suas características metodológicas, podem não ser comparáveis; 10) Avaliar a probabilidade da ocorrência de viés de publicação; 11) Descrição explícita dos possíveis conflitos de interesses.

Desta forma, no que diz respeito à avaliação metodológica, a maioria dos estudos publicados (31) apresenta boa qualidade. Além disso, percebe-se que todas as revisões sistemáticas realizadas pela Colaboração Cochrane foram de alta qualidade. Este resultado era esperado, uma vez que instituições como a Colaboração Cochrane, composta de grupos temáticos espalhados ao redor do mundo, se dedicam especificamente à produção de revisões sistemáticas de alta qualidade e para isso divulgam gratuitamente manuais que especificam cada detalhe do método (HIGGINS; GREEN, 2011). Por outro lado, com relação às demais 26 revisões, publicadas em outros periódicos, 18 apresentaram qualidade moderada.

Dentre os itens verificados, aqueles que na sua maioria não receberam a resposta "sim" foram os de número 10 e 11 do instrumento. O item 10 verifica se a probabilidade de viés de publicação foi avaliada, que é a tendência de os estudos com resultados positivos serem mais frequentemente publicados do que estudos com resultados negativos (ZHOU; OBUCHOWSKI; MCCLISH, 2002). Uma forma estatística de avaliar o viés de publicação é pelo uso do gráfico de dispersão em funil (*funnel plot*) (EGGER *et al.*, 1997). A possibilidade da ocorrência deste tipo de viés não foi relatada em 42 artigos (86%).

O item 11 avalia se o conflito de interesse foi incluído no estudo, isto é, potenciais fontes de apoio deveriam ser claramente reconhecidas tanto na revisão sistemática quanto nos estudos incluídos (SHEA *et al.*, 2009). Embora alguns estudos tenham relatado fontes de apoio, não havia uma declaração explícita em 32 revisões (65%). Resultados semelhantes foram encontrados na literatura (SANTAGUIDA *et al.*, 2013; REMSCHMIDT; WICHMANN; HARDER, 2014), o que demonstra a necessidade de melhorar a descrição de potenciais conflitos de interesse e viés de publicação.

Por outro lado, os itens que mais pontuaram relacionaram-se à descrição clara da pergunta de pesquisa e dos critérios de inclusão (item 1); à apresentação integrada das características dos estudos incluídos, como em uma tabela contendo informações como participantes, instrumentos, resultados etc. (item 6) e à formulação das conclusões considerando a qualidade científica dos estudos incluídos (item 8).

Com relação à utilização do instrumento AMSTAR, os revisores o consideraram uma ferramenta rápida e fácil de ser aplicada, salientando que os itens deste instrumento são requisitos mínimos para a escrita de uma boa revisão sistemática. Em 2012, Melchiors e colaboradores avaliaram a qualidade das revisões sistemáticas e metanálises das intervenções farmacêuticas publicadas entre 1990 e 2009. Os autores concluíram que o AMSTAR é uma ferramenta útil para avaliar a qualidade metodológica das revisões sistemáticas, diferenciando revisões de boa e de baixa qualidade, desde que os usuários sejam suficientemente treinados e qualificados para a utilização destas informações (MELCHIORS *et al.*, 2012).

Relacionando a qualidade dos estudos e as indicações terapêuticas, percebeu-se que todos os estudos sobre a constipação apresentaram qualidade

metodológica moderada. O mesmo ocorreu com três estudos (de quatro) avaliando febre e/ou dor e três estudos (de cinco) sobre abandono do hábito de fumar. Neste caso, para além dos itens descritos acima, algumas revisões falharam em descrever outros itens, tais como: exibir uma lista de estudos excluídos, descrever se as etapas de seleção e extração foram realizadas em duplicata e raramente realizaram metanálises.

Quanto ao desenho dos estudos encontrados nas revisões sistemáticas, em apenas uma revisão (HUGHES; PETERS; NAUD, 2011) o desenho não incluía ensaio clínico randomizado (ECR), uma vez que os autores visaram demonstrar a efetividade do tratamento, utilizando, portanto, estudos observacionais. Outros três estudos, além de ECR, incluíam estudos não randomizados (HUGHES *et al.*, 2003); estudos observacionais (SOUTHEY; SOARES-WEISER; KLEIJNEN, 2009); ensaios quasi-randomizados (MEREMIKWU; OYO-ITA, 2009; STEAD *et al.*, 2012) e estudos de coorte (WALSH, 2008). A *Cochrane Collaboration* centra-se, sobretudo, em revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados, porque eles são mais propensos a fornecer informação imparcial do que outros desenhos de estudo (HIGGINS; GREEN, 2011).

O presente estudo apresenta também algumas limitações. Primeiramente, optou-se por uma estratégia de busca com maior especificidade, em detrimento de uma maior sensibilidade, considerando o número grande de fármacos OTC no mercado. Ademais, boa parte dos autores de revisões sistemáticas sobre medicamentos OTC não utiliza descritores gerais como “*non-prescription drugs*” or “*OTC*” o que dificulta a localização destes nas bases de dados. A fim de minimizar a perda de estudos decorrente deste fato, foi realizada busca manual de trabalhos nas referências de todos os estudos inicialmente incluídos. Ainda, a busca foi limitada a estudos publicados em inglês, português ou espanhol. Assim, não se pode descartar a possibilidade de perda de informação publicada em outras línguas. Por fim, a inclusão das revisões sistemáticas foi condicionada apenas àquelas condições de saúde consideradas tratáveis com medicamentos OTC. Isso foi necessário também, considerando a existência de diversas revisões envolvendo fármacos OTC para condições clínicas que exigem diagnóstico médico prévio, o que fugiria ao escopo deste trabalho. A fim de evitar vieses relacionados a este aspecto, foi incluída uma ampla lista de fármacos comercializados como OTC em 36 países e no Brasil.

O presente estudo verificou que existem revisões sistemáticas avaliando a eficácia e a segurança de vários medicamentos isentos de prescrição, e que a qualidade metodológica destes trabalhos é de moderada a alta. Portanto, no momento da seleção do medicamento mais adequado para o paciente, o farmacêutico deve buscar por informações atualizadas na literatura que o dirijam para fármacos com eficácia e segurança bem documentadas. Entretanto, existe a necessidade de ampliar os estudos nesta área, uma vez que não foram encontradas revisões sistemáticas para certos grupos terapêuticos, utilizando a estratégia de busca proposta, como antidiarreicos, antiespasmódicos, antiparasitários e antissépticos. Vale ressaltar, que de acordo com a legislação brasileira, os farmacêuticos podem indicar, e também prescrever, medicamentos que não requerem apresentação de receita médica para os chamados transtornos menores, como base nas melhores evidências científicas. Entretanto, sob este aspecto, faz-se necessário verificar se estes profissionais buscam informações atualizadas sobre os medicamentos e se estas informações são baseadas em boas evidências científicas.

2.6 CONCLUSÃO

As evidências encontradas nos estudos incluídos neste trabalho são favoráveis à utilização da maior parte dos fármacos avaliados, como a terapia antifúngica tópica, analgésicos e anti-inflamatórios. Entretanto, algumas revisões sistemáticas foram inconclusivas ou não demonstraram evidência ao uso do fármaco, sugerindo mais estudos, como no caso da terapia de reposição da nicotina, medicamentos para tosse e constipação. Assim, existem grupos terapêuticos para os quais há lacunas de evidência, havendo a necessidade de estudos nesta área. A qualidade metodológica das revisões sistemáticas sobre MIPs, de acordo com os estudos incluídos, é de moderada a alta. Desta forma, a qualidade da evidência disponível, no momento, é boa para ser utilizada na prática clínica.

Neste sentido, a disponibilidade de estudos de boa qualidade que avaliem a eficácia e a segurança de MIPs é de extrema importância no cotidiano do profissional farmacêutico. A busca por informações na literatura é crucial para a seleção do medicamento mais adequado para atender às necessidades dos pacientes, entretanto, foi possível observar a existência de estudos inconclusivos. Desta forma, ao escolher um MIP o farmacêutico deve ter a capacidade de fazer uma análise crítica da evidência disponível para avaliar as vantagens, desvantagens e limitações e, então, identificar os resultados que podem ser reproduzidos na prática clínica.

REFERÊNCIAS

ABIMIP - **Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição**. Disponível em: < <http://www.abimip.org.br/site/index.php>>. Acesso em 02/02/2012.

ARRAIS, P. S.; COELHO, H. L.; BATISTA, M. C.; CARVALHO, M. L.; RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71-7, 1997.

BJORDAL, J. M.; LJUNGGREN, A. E.; KLOVNING, A.; SLORDAL, L. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, including cyclo-oxygenase-2 inhibitors, in osteoarthritic knee pain: meta-analysis of randomized placebo controlled trials. **British Medical Journal**, v. 329, p. 1317-20, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº. 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D.F., 02 de junho de 2003.

CHANG, C. C., CHENG, A. C.; CHANG, A. B. Over-the-counter (OTC) medications to reduce cough as an adjunct to antibiotics for acute pneumonia in children and adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, CD006088, 2012.

CRAWFORD, F.; HOLLIS, S. Topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the foot. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD001434, 2007.

DE SUTTER, A. I. M.; LEMIENGRE, M.; CAMPBELL, H. WITHDRAWN: Antihistamines for the common cold. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD001267, 2009.

DE SUTTER, A. I.; VAN DRIEL, M. L.; KUMAR, A. A.; LESSLAR, O.; SKRT, A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. **Cochrane Database Systematic Reviews**, v.2, CD004976, 2012.

DERRY, C.; DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Single dose oral naproxen and naproxen sodium for acute postoperative pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD004234, 2009a.

DERRY, C. J.; DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Single dose oral ibuprofen for acute postoperative pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD001548, 2009b.

DERRY, C. J.; DERRY, S.; MOORE, R. A. Sumatriptan (oral route of administration) for acute migraine attacks in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, CD008615, 2012.

DERRY, P.; DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Single dose oral diclofenac for acute postoperative pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD004768, 2009.

DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. **Cochrane Database Systematic Reviews**, n.11, p. CD008040, 2010. Update in: Cochrane Database Systematic Reviews, v.4, CD008040, 2013.

DERRY, S.; RABBIE, R.; MOORE, R. A. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD008783, 2012.

DERRY, S.; MOORE, R. A. Single dose oral aspirin for acute postoperative pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD002067, 2012.

DERRY, S.; MOORE, R. A.; RABBIE, R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, CD007400, 2012.

EDWARDS, J.E.; OLDMAN, A.D.; SMITH, L.A.; CARROLL, D.; WIFFEN, P.J.; MCQUAY, H.J.; MOORE, A. Oral aspirin in postoperative pain: a quantitative systematic review. **Pain**, v. 81, n. 3, p. 289-97, 1999.

EGGER, M.; DAVEY, S. G.; SCHNEIDER, M.; MINDER, C. E. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. **British Medical Journal**, v. 315, p.629-34, 1997.

ETTER, J. F.; STAPLETON, J. A. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. **Tobacco Control**, v. 15, n. 4, p. 280-5, 2006.

GOLDER, S.; LOKE, Y. Search strategies to identify information on adverse effects: a systematic review. **Journal of the Medical Library Association**, v.97, n. 2, p.84-92, 2009.

GUAUDARD, A. M. Y. S. Medicina Baseada em Evidência, uma reflexão. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 297-398, 2008.

HART, R.; BELL-SYER, S. E.; CRAWFORD, F.; TORGERSON, D. J; YOUNG, p.; RUSSELL, I. Systematic review of topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the feet. **British Medical Journal**, v. 319, n. 7202, p. 79-82, 1999.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (editors) – Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: <www.cochrane-handbook.org>. Acesso em 04/04/2012.

HUGHES, J. R.; SHIFFMAN, S.; CALLAS, P.; ZHANG, J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. **Tobacco Control**, v. 12, n. 1, p. 21-7, 2003.

HUGHES, J. R.; PETERS, E. N.; NAUD, S. Effectiveness of over-the-counter nicotine replacement therapy: a qualitative review of nonrandomized trials. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 13, n. 7, p. 512-22, 2011.

HURDON, V.; VIOLA, R.; SCHRODER, C. How Useful Is Docusate in Patients at Risk for Constipation? A Systematic Review of the Evidence in the Chronically Ill. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 19, n. 2, 2000.

JENKINS, C. J.; COSTELLO, J.; HODGE, L. Systematic review of prevalence of aspirin induced asthma and its implications for clinical practice. **British Medical Journal**, v. 328, n. 7437, p. 434, 2004.

JONES, M. P., TALLEY, N. J.; NUYTS, G.; DUBOIS, D. Lack of objective evidence of efficacy of laxatives in chronic constipation. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 47, n. 10, p. 2222-30, 2002.

KIRTHI, V.; DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD008041, 2010.

KOES, B. W.; SCHOLTEN, R. J. P. M.; MENS, J. M. A.; BOUTER, L. M. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. n. 56, p. 214–23, 1997.

KOLLAR, C.; SCHNEIDER, H.; WAKSMAN, J.; KRUSINSKA, E. Meta-analysis of the efficacy of a single dose of phenylephrine 10 mg compared with placebo in adults with acute nasal congestion due to the common cold. **Clinical Therapeutics**, v. 29, n. 6, p. 1057-70, 2007.

LITTELL, J.; CORCORAN, J.; PILLAI, V. **Systematic Reviews e Meta-Analysis**. New York: Oxford University Press, 2008.

MASON, L.; MOORE, R. A.; EDWARDS, J. E.; DERRY, S.; MCQUAY, H. J.; WIFFEN, P. J. Systematic review of efficacy of topical rubefacients containing salicylates for the treatment of acute and chronic pain. **British Medical Journal**, v. 328, p. 995, 2004a.

MASON, L.; MOORE, R. A.; EDWARDS, J. E.; DERRY, S.; MCQUAY, H. J. Topical NSAIDs for acute pain: a meta-analysis. **BMC Family Practice**, v. 5, n. 10, 2004b.

MASSEY, T.; DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Topical NSAIDs for acute pain in adults (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2010.

MATTHEWS, P.; DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Topical rubefacients for acute and chronic pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD007403, 2009.

MELCHIORS, A. C.; CORRER, C. J.; VENSON, R.; PONTAROLO, R. An analysis of quality of systematic reviews on pharmacist health interventions. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 34, 2012.

MEREMIKWU, M. M.; OYO-ITA, A. Paracetamol versus placebo or physical methods for treating fever in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD003676, 2009.

MIKTON, C.; BUTCHART, A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 5, p. 353-61, 2009.

MOHER, D.; JADAD, A. R.; NICHOL, G.; PENMAN, M.; TUGWELL, P.; WALSH, S. Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklists. **Controlled Clinical Trials**, v. 16, n. 1, p. 62-73, 1995.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 6, p. e1000097, 2009.

MOLL, R.; DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Single dose oral mefenamic acid for acute postoperative pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD007553, 2011.

MOORE, R. A.; TRAMÈR, M. R.; CARROLL, D.; WIFFEN, P. J.; MCQUAY, H. J. Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs. **British Medical Journal**, v. 316, 1998.

OLDMAN, A.D.; SMITH, L. A.; MCQUAY, H. J.; MOORE, A. Pharmacological treatments for acute migraine: quantitative systematic review. **Pain**, v. 97, p. 247–57, 2002.

PERROTT, D. A.; PIIRA, T.; GOODENOUGH, B.; CHAMPION, G.D. Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever. A meta – analysis. **Archives Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 158, 2004.

PETTICREW, M.; WATT, I.; BRAND, M. What's the 'best buy' for treatment of constipation? Results of a systematic review of the efficacy and comparative efficacy of laxatives in the elderly. **British Journal of General Practice**, v. 49, 1999, p. 387-93, 1999.

PURSSELL, E. Treating fever in children: paracetamol or ibuprofen? **British Journal Community Nursing**, v. 7, n. 6, p. 316-20, 2002.

RABBIE, R.; DERRY, S.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD008039, 2010.

REIS, A. M. M; FIGUERAS, A. Analysis of the evidence of efficacy and safety of over-the-counter cough medications registered in Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v.46, n.1, 2010.

REMSCHMIDT, C.; WICHMANN, O.; HARDER, T. Methodological quality of systematic reviews on influenza vaccination. **Vaccine**, v.32, n.15, p. 1678-84, 2014.

RICHY, F.; RABENDA, V.; MAWET, J.; REGINSTER, Y. Flurbiprofen in the symptomatic management of rheumatoid arthritis: a valuable alternative. **International Journal of Clinical Practice**, v. 61, n. 8, p. 1396-406, 2007.

RIERA, R.; ABREU, M. M.; CICONELLI, R. M. Revisões Sistemáticas e Metanálises na Reumatologia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.46, p.8-11, 2006.

SANTAGUIDA, P.L.; KESHAVARZ, H.; CARLESSO, L.C.; LOMOTAN, M.; GROSS, A.; MACDERMID, J.C.; WALTON, D.M.; ICON WORKING GROUP. A description of the methodology used in an overview of reviews to evaluate evidence on the treatment, harms, diagnosis/classification, prognosis and outcomes used in the management of neck pain. **The Open Orthopaedics Journal**, v.7, p. 461-72, 2013.

SCHROEDER, K.; FAHEY, T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults. **British Medical Journal**, v. 324, n. 7333, p. 329-31, 2002a.

SCHROEDER, K.; FAHEY, T. Should we advise parents to administer over the counter cough medicines for acute cough? Systematic review of randomised controlled trials. **Archives of Disease in Childhood**, v. 86, n. 3, p. 170-5, 2002b.

SHEA, B. J. HAMEL, C.; WELLS, G. A.; BOUTER, L. M.; KRISTJANSSON, E.; GRIMSHAW, J.; HENRY, D. A.; BOERS, M. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 62, n. 10, p. 1013-20, 2009.

SMITH, S. M.; SCHROEDER, K.; FAHEY, T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, CD001831, 2012.

SOUTHEY, E. R.; SOARES-WEISER, K.; KLEIJNEN, J. Systematic review and meta-analysis of the clinical safety and tolerability of ibuprofen compared with paracetamol in paediatric pain and fever. **Current Medical Research Opinion's**, v. 25, n. 9, p. 2207-22, 2009.

STEAD, L. F.; PERERA, R.; BULLEN, C.; MANT, D.; HARTMANN-BOYCE, J.; CAHILL, K.; LANCASTER, T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, CD000146, 2012.

SUTHISISANG, C.; POOLSUP, N.; KITTIKULSUTH, W.; PUDCHAKAN, P.; WIWATPANICH, P. Efficacy of Low-Dose Ibuprofen in Acute Migraine Treatment: Systematic Review and Meta-Analysis. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 41, 2007.

TAVERNER, D.; LATTE, G. J. Nasal decongestants for the common cold. WITHDRAWN: **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, CD001953, 2009.

TOMS, L.; MCQUAY, H. J.; DERRY, S.; MOORE, R. A. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) for postoperative pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD004602, 2008.

TRAMONTE, S. M.; BRAND, M. B.; MULROW, C. D.; AMATO, M. G.; O'KEEFE, M. E.; RAMIREZ, G. The treatment of chronic constipation in adults, a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 12, p. 15-24, 1997.

TRAN, T.; LOWRY, A. M.; EL-SERAG, H. B. Meta-analysis: the efficacy of over-the-counter gastro-oesophageal reflux disease therapies. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 25, n. 2, p. 143-53, 2007.

VAN TULDER, M. W.; TOURAY, T.; FURLAN, A. D.; SOLWAY, S.; BOUTER L. M. Muscle relaxants for non-specific low-back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD004252, 2003.

WALSH, R. A. Over-the-counter nicotine replacement therapy: a methodological review of the evidence supporting its effectiveness. **Drug and Alcohol Review**, v. 27, p. 529 – 47, 2008.

WANNMACHER, L. FERREIRA, M. B. C. Enxaqueca: mal antigo com roupagem nova. **Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados**. Brasília, v.1, n.8, 2004.

ZHOU, A.; OBUCHOWSKI, N.; MCCLISH, D. Issues in meta-analysis for diagnostic tests. In: Zhou A, Obuchowski N, McClish D, eds. **Statistical methods in diagnostic medicine**. New York: Wiley & Sons, Inc., p. 222-40, 2002

APÊNDICE 2.1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES DE DADOS

1 Base de dados: MEDLINE (via Pubmed)

Para buscar as revisões sistemáticas, no Pubmed foi usada a seguinte estratégia:

#1 (*systematic review**[tiab] OR *meta-analysis*[pt] OR *meta-analysis*[tiab] OR *systematic literature review*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev"[Journal] OR (*search**[tiab] AND (*medline* or *embase* OR *peer-review** OR *literature* OR "evidence-based" OR *pubmed* OR *IPA* or "international pharmaceutical abstracts")) NOT (*letter*[pt] OR *newspaper article*[pt] OR *comment*[pt]) AND *hasabstract*

#2 ("Nonprescription Drugs"[Mesh] OR "Nonprescription Drugs"[tiab] OR OTC*[tiab] OR "over the counter"[tiab])

#3 (#1 AND #2)

2 Base de dados: Cochrane *Library*

#1 (*systematic review* OR *meta-analysis* OR "evidence-based"):ti,ab,kw;

#2 ("Nonprescription Drugs" OR OTC OR "over the counter"):ti,ab,kw;

#3 (#1 AND #2).

APÊNDICE 2.2 – INSTRUMENTO DESENVOLVIDO PARA A EXTRAÇÃO DE DADOS

Extração de dados da revisão sistemática

Estudo nº _____

Data: ____/____/____

Título resumido: _____

Avaliador: _____

1 Dados referentes à publicação:

1.1 Jornal da publicação: _____

1.2 Autor e Ano da publicação: _____

1.3 Local da publicação: _____

2 Dados referentes ao estudo:

2.1 Tipos de estudos incluídos na revisão (RCT): _____

2.2 Quantidade de estudos incluídos na revisão: _____

2.3 Qual o problema de saúde ou grupo populacional dos pacientes do estudo (ex.: Hipertensos, gestantes, idosos): _____

2.4 Quais são os medicamentos avaliados: _____

2.5 Objetivo do trabalho: _____

2.6 Foi realizado metanálise? (sim ou não): _____

2.7 Quais desfechos foram avaliados? _____

2.8 A evidência de eficácia é favorável ao medicamento? (sim ou não): _____

2.9 A evidência de segurança é favorável ao medicamento? (sim ou não): _____

APÊNDICE 2.3 - ESTUDOS EXCLUÍDOS A PARTIR DA LEITURA NA ÍNTEGRA

Autor	Ano	Título	Motivo da exclusão
Adatia	2012	Osteoarthritis of the knee and hip. Part II: therapy with ibuprofen and a review of clinical trials.	Não é revisão sistemática
Arroll	2005	Non-antibiotic treatments for upper-respiratory tract infections (common cold).	Overview
Bansal	2001	A look at the safety profile of over-the-counter naproxen sodium: a meta-analysis.	Não é revisão sistemática
Bennett	2004	Ephedrine- and guaifenesin-induced nephrolithiasis.	Não é revisão sistemática
Blaiss	2004	Current concepts and therapeutic strategies for allergic rhinitis in school-age children.	Não é revisão sistemática
Brune	2007	Persistence of NSAIDs at effect sites and rapid disappearance from side-effect compartments contributes to tolerability.	Não é revisão sistemática
Chou	2011	Analgesics for Osteoarthritis: An Update of the 2006 Comparative Effectiveness Review	Overview
Deal	1999	Nutraceuticals as therapeutic agents in osteoarthritis. The role of glucosamine, chondroitin sulfate, and collagen hydrolysate.	Não é revisão sistemática
DeArmond	1995	Safety profile of over-the-counter naproxen sodium.	Não é revisão sistemática
Di Lorenzo	2011	Managing osteoarthritis and joint pain at work: helping the primary care physician educate patients who rely on non-prescription NSAIDs.	Não é revisão sistemática
Dostrovsky	2011	The effect of glucosamine on glucose metabolism in humans: a systematic review of the literature.	Indicação não consta na lista GITE
Eccles	2006	Efficacy and safety of over-the-counter analgesics in the treatment of common cold and flu.	Não é revisão sistemática
Eschler	2010	An evidence-based review of the efficacy of topical antihistamines in the relief of pruritus.	Não atende aos critérios do protocolo
Foulks	2007	Clinical evaluation of the efficacy of PEG/PG lubricant eye drops with gelling agent (HP-Guar) for the relief of the signs and symptoms of dry eye disease: a review	Não é revisão sistemática
Harris	2009	Cyclooxygenase-2 (cox-2) blockade in the chemoprevention of cancers of the colon, breast, prostate, and lung. Inflammopharmacology	Não avalia eficácia e segurança de MIP
Hersh	2007	Adverse drug interactions involving common prescription and over-the-counter analgesic agents.	Não atende aos critérios do protocolo
Horn	2012	OTC polyethylene glycol 3350 and pharmacists' role in managing constipation.	Não atende aos critérios do protocolo
Lanas	2011	Short-term acetylsalicylic acid (aspirin) use for pain, fever, or colds -	Não é revisão sistemática

Autor	Ano	Título	Motivo da exclusão
		gastrointestinal adverse effects: a meta-analysis of randomized clinical trials.	
Leung	2011	Chronic constipation: an evidence-based review.	Overview
Liu	2011	Current methods employed in the prevention and minimization of surgical scars.	Não é revisão sistemática
Loveman	2011	The clinical effectiveness and cost-effectiveness of long-term weight management schemes for adults: a systematic review.	Não avalia eficácia e segurança de MIP
McCarthy	2012	Efficacy and gastrointestinal risk of aspirin used for the treatment of pain and cold.	Não é revisão sistemática
McKenna	2006	What over-the-counter preparations are pregnant women taking? A literature review.	Não atende aos critérios do protocolo
Michels	2012	Over-the-counter ibuprofen and risk of gastrointestinal bleeding complications: a systematic literature review.	Overview
Monroe	2001	Effect of common over-the-counter medications on blood alcohol levels.	Não é revisão sistemática
Moore	2012	A conservative method of testing whether combination analgesics produce additive or synergistic effects using evidence from acute pain and migraine.	Overview
Morgan	2005	Restricting paracetamol in the United Kingdom to reduce poisoning: a systematic review.	Não avalia eficácia e segurança de MIP
Mosges	2011	The effectiveness of levocetirizine in comparison with loratadine in treatment of allergic rhinitis – a meta-analysis	Não atende aos critérios do protocolo
Nordin	2006	Nonspecific lower-back pain: surgical versus nonsurgical treatment.	Overview
Patel	1992	Is there a role for fluconazole in the treatment of vulvovaginal candidiasis?	Não é revisão sistemática
Reginster	2007	Current role of glucosamine in the treatment of osteoarthritis.	Overview
Ringdahl	2004	Treatment of primary insomnia.	Não é revisão sistemática
Romanelli	2003	Dextromethorphan abuse: clinical effects and management.	Não é revisão sistemática
Schroeder	2001	Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings.	Desatualizada
Schroeder	2004	Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings.	Desatualizada
Smith	2008	Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings.	Desatualizada
Sopo	2011	Efficacy of over-the-counter immunostimulants in the prevention of paediatric recurrent acute respiratory tract infections. Criticisms and pitfalls of available meta-analyses.	Overview
Steiner	2009	Gastrointestinal tolerability of aspirin and the choice of over-the-counter analgesia for short-lasting acute pain.	Não atende aos critérios do protocolo

Autor	Ano	Título	Motivo da exclusão
Vassilev	2010	Safety and efficacy of over-the-counter cough and cold medicines for use in children.	Não atende aos critérios do protocolo
Wenzel	2003	Over-the-counter drugs for acute migraine attacks: literature review and recommendations.	Não atende aos critérios do protocolo
Zapawa	2011	Cautions and warnings on the US OTC label for nicotine replacement: what's a doctor to do?	Não é revisão sistemática

ANEXO 2.1 – CHECKLIST PRISMA

PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies

Tópico	#	Item do Checklist
TÍTULO		
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise, ou ambos.
RESUMO		
Resumo estruturado	2	Apresente um sumário estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critério de elegibilidade, participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.
INTRODUÇÃO		
Justificativa	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto daquilo que já é conhecido.
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS)
MÉTODOS		
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo da revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.
Critério de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e relate características (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usados como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma a que possa ser repetida.
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (i.e. busca, elegibilidade, incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, incluído na meta-análise).
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.
Itens de dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e qualquer referências ou simplificação realizada.
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar risco de vieses em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise dos dados.
Medidas de sumarização	13	Apresente as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença entre médias).
Síntese de resultados	14	Descreva os métodos de manipulação dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (ex. I^2) para cada meta-análise.
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de vieses que podem influenciar a evidência cumulativa (ex. publicação de viés, relato seletivo entre estudos).
Análise adicional	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, meta-regressão), se feito, indicando quais foram pré-especificados.
RESULTADOS		
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos selecionados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, idealmente por meio de diagrama.
Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente citações.
Risco de viés entre os estudos	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, qualquer avaliação em resultados (item 12).
Resultados dos estudos individuais	20	Para todos os resultados considerados (benefícios e riscos), apresente para cada estudo: a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e b) efeitos estimados e intervalos de confiança, idealmente por meio de gráficos.
Síntese de resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.
Risco de viés através dos estudos	22	Apresente resultados de qualquer avaliação de risco de viés através de estudos (item 15)
Análise adicional	23	Apresente resultados de análises adicionais, se feitas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, meta-regressão (item 16)).
DISCUSSÃO		
Sumário de evidência	24	Sumarize os resultados principais incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos chave (ex. provedores de cuidados em saúde, usuários e formuladores de políticas).
Limitações	25	Discuta limitações no nível do estudo e dos resultados (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, relato de vieses).
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.
FINANCIAMENTO		
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex. suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.

Doi: 10.1371/journal.pmed.1000100.t001

ANEXO 2.2 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS (AMSTAR)¹

Avaliação da Qualidade de Revisões Sistemáticas

Estudo Nº _____

Autor: _____

Data: ____/____/____

Título resumido: _____

Avaliador: _____

¹A Measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR)

	Avaliação das revisões sistemáticas	Sim	Não	Não pode dizer	Não aplicável
1	Um projeto foi realizado “a priori”? A pergunta da pesquisa e os critérios de inclusão foram estabelecidos antes de conduzir a revisão.				
2	A seleção dos estudos e extração dos dados foi realizada em duplicata? Deve haver ao menos dois extratores de dados independentes e um processo de consenso para que os desacordos sejam avaliados.				
3	Foi realizada uma pesquisa bibliográfica abrangente? Pelo menos duas fontes eletrônicas devem ser pesquisadas. O artigo deve incluir os anos e as bases de dados usadas (ex.: Central, EMBASE, e MEDLINE). Palavras-chave e/ou termos MESH devem ser descritos, e sempre que possível, a estratégia de busca deve ser documentada. Todas as pesquisas deverão ser complementadas por consulta ao conteúdo atual, revisões, livros-texto, registros especializados, ou especialistas na área específica do estudo, e por revisão das referências nos artigos encontrados.				
4	O estado da publicação (ex.: literatura não indexada) foi usado como um critério de inclusão? Os autores devem indicar que eles buscaram por documentos, independente do seu tipo de publicação. Os autores devem indicar quando excluíram ou não quaisquer documentos (da revisão sistemática), baseado no seu estado de publicação, idioma, etc.				
5	Uma lista de estudos (incluídos e excluídos) foi fornecida? Uma lista de estudos incluídos e excluídos deve ser fornecida.				
6	As características dos estudos incluídos foram fornecidas? De uma forma agregada, como uma tabela, os dados a partir dos estudos originais devem ser fornecidos quanto aos participantes, intervenções, e resultados (outcomes). Os intervalos das características em todos os estudos analisados (ex.: idade, raça, gênero, dados socioeconômicos relevantes, estado da doença, duração, severidade, ou outras doenças) devem ser relatados.				
7	A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada? “a priori” métodos de avaliação devem ser fornecidos (ex.: para estudos de efetividade se os autores escolheram incluir somente estudos randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, ou ocultação da alocação como critérios de inclusão); para outros tipos de estudos, itens alternativos podem ser relevantes.				
8	A qualidade científica dos estudos incluídos foi usada apropriadamente na formulação das conclusões? Os resultados do rigor metodológico e qualidade científica devem ser considerados nas análises e nas conclusões da revisão, e explicitamente indicados na formulação das recomendações.				
9	Os métodos utilizados para combinar os achados dos estudos foram apropriados? Para o conjunto de resultados, um teste deve ser feito para garantir que os estudos foram combináveis, para avaliar a sua homogeneidade (ex.: teste do qui quadrado para homogeneidade, I ²). Caso exista heterogeneidade, o modelo do efeito randômico deve ser usado e /ou a adequação clínica da combinação deve ser levada em consideração (ex.: é sensato combinar?).				
10	A probabilidade de viés da publicação foi avaliada? Uma avaliação de viés da publicação deve incluir uma combinação de ajuda gráfica (ex.: gráfico do funil, outros testes disponíveis) e/ ou testes estatísticos (ex.: teste de regressão de Egger).				
11	O conflito de interesse foi incluído? Potenciais fontes de apoio devem ser claramente reconhecidas tanto da revisão sistemática quanto nos estudos incluídos.				

“Não pode dizer” é escolhido quando o item é relevante, mas não é descrito pelos autores; “Não aplicável” é usado quando o item não é relevante, tal como quando uma meta-análise não foi possível ou não foi realizada pelos autores.

CAPÍTULO 3: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA FARMACÊUTICA NO ESTADO DO PARANÁ

3.1 CONTEXTO

O termo “farmácia comunitária” refere-se aos estabelecimentos farmacêuticos não hospitalares e não ambulatoriais que atendem à comunidade. No Brasil, estas farmácias são, em sua maioria, privadas, mas também existem as farmácias públicas (CORRER; PONTAROLO; RIBEIRO, 2013).

Os farmacêuticos na farmácia comunitária são colocados em uma posição de confiança, especialmente no modo como eles se relacionam diretamente com os pacientes e são facilmente acessíveis para prestar aconselhamento e informações (WATERFIELD, 2008; HUSTON *et al.*, 2010).

Em sua prática diária, os farmacêuticos comunitários podem dispensar medicamentos mediante apresentação de prescrição médica ou odontológica e podem recomendar medicamentos isentos de prescrição (MIPs) a partir dos sintomas dos pacientes (BRASIL 2003, BRASIL 2009). Neste contexto, os farmacêuticos devem educar e aconselhar seus pacientes e podem, ainda, prestar serviços farmacêuticos como a determinação da pressão arterial, aplicação de injetáveis e verificação de glicemia capilar, estabelecidos pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 44 de 2009 (BRASIL, 2009).

Um dos papéis mais importantes de um farmacêutico é a educação do paciente, comumente referida como aconselhamento, o qual é benéfico para ambas as partes. Assim, a comunicação com os pacientes é uma forma importante para evitar erros de medicação e ajudá-los a entender os efeitos pretendidos, bem como os efeitos colaterais de seus medicamentos (DUNCAN-POITIER; MOKHIBER, 2004).

Neste contexto, destaca-se a atuação do farmacêutico, de extrema importância no âmbito da automedicação, no sentido de orientar o uso correto e seguro dos MIPs. Um estudo verificou que a confiança no profissional e a conveniência foram as razões mais comuns para a escolha de um farmacêutico para tratar sintomas menores (MANSELL *et al.*, 2014).

Para que o farmacêutico consiga prestar as orientações adequadas ao paciente no momento da dispensação e faça a recomendação do MIP da melhor forma, é preciso acesso a informações atuais e confiáveis sobre medicamentos. O

acesso às fontes de informação sobre medicamentos e a participação em cursos de atualização são primordiais neste contexto. Assim, o objetivo principal do desenvolvimento profissional contínuo é o de melhorar a qualidade dos serviços prestados como farmacêuticos comunitários (WATERFIELD, 2008).

Atualmente, no Brasil assim como em outros países, os farmacêuticos comunitários têm assumido novas funções, como a prescrição de medicamentos. Esta é uma prática vista como uma forma de reduzir os custos de cuidados de saúde, melhorar o acesso da população a esta (MCINTOSH *et al.*, 2011; MANSELL *et al.*, 2014), diminuir o número de visitas não urgentes nos serviços de emergência (LYNAS, 2013) e ainda enfatizar a importância do farmacêutico perante a sociedade.

Entretanto, entre os países, há diferenças no modelo de prescrição farmacêutica (EMMERTON *et al.*, 2005), bem como na interpretação do termo. Prescrever medicamentos não é uma tarefa simples, ela requer experiência significativa para aplicar habilidades quanto à terapia medicamentosa (NISSEN, 2011).

Considerando este cenário, torna-se importante a realização de trabalhos científicos que elucidem a realidade da profissão farmacêutica, especialmente no que diz respeito aos MIPs e a prescrição farmacêutica recentemente estabelecida no Brasil.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a atuação do farmacêutico comunitário no Estado do Paraná, no que diz respeito à dispensação de medicamentos e recomendação de um MIP.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos farmacêuticos comunitários no Estado do Paraná;
- Avaliar a prática de farmacêuticos quanto à recomendação de MIPs, identificando quais os fatores interferentes;
- Verificar se os farmacêuticos buscam por informações atualizadas e se estas informações são utilizadas na recomendação de medicamentos;
- Analisar o conhecimento dos farmacêuticos acerca da saúde baseada em evidências;
- Verificar a opinião dos farmacêuticos sobre a prescrição farmacêutica.

3.3 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo realizado é uma pesquisa descritiva, do tipo transversal, cuja coleta de dados ocorreu por meio de um inquérito *on-line* anônimo autoadministrado, via plataforma Survey Monkey®. O Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR) forneceu uma lista com 12.401 endereços eletrônicos dos farmacêuticos com registro ativo no Estado. Foram incluídos no estudo os farmacêuticos inscritos no CRF-PR que trabalham em farmácias sem manipulação ou drogarias. A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro de 2013 e janeiro de 2014.

3.3.1 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Um questionário foi elaborado para a coleta de dados, composto por questões fechadas e abertas, abordando dados sociodemográficos; dinâmica/processo de trabalho; busca de informações e indicação de medicamentos (APÊNDICE 3.1).

Antes do início da investigação, o instrumento foi submetido a um estudo piloto com o objetivo de eliminar possíveis variáveis de confundimento para os sujeitos da pesquisa e observar se a abordagem dos mesmos também não gerava vieses. Para isto, foram selecionados 10 farmacêuticos, mestres e doutores na área de cuidados em saúde e assistência farmacêutica, que não possuíam registro no CRF-PR. Estes farmacêuticos responderam ao questionário e fizeram sugestões, as quais foram avaliadas pela equipe que elaborou o instrumento. Após a readequação das questões, conforme as sugestões, os farmacêuticos responderam novamente o questionário. Estes profissionais selecionados não foram incluídos na pesquisa.

3.3.2 COLETA DOS DADOS

Os 12.401 endereços eletrônicos fornecidos pelo CRF-PR foram importados para a ferramenta Survey Monkey®, a qual fez a busca dos possivelmente duplicados. Desta forma, após a retirada dos duplicados, foram obtidos 9.837

endereços eletrônicos. A ferramenta enviou o instrumento para estes endereços, entretanto, 952 retornaram e foram excluídos, gerando um total de 8.885 endereços eletrônicos disponíveis.

Um *e-mail* convite foi enviado para os farmacêuticos, explicando o objetivo do estudo. Um *link* para a pesquisa foi incluído neste *e-mail*, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3.2). A partir do momento em que o participante lesse o TCLE e clicasse na opção prosseguir, o termo era considerado aceito. Caso o participante não concordasse com o conteúdo do TCLE, o mesmo deveria clicar na opção encerrar/sair. Concordando com o termo, o entrevistado era conduzido a uma sequência eletrônica de perguntas e respostas. Um *e-mail*, encorajando os farmacêuticos a responderem, foi enviado três semanas depois do primeiro envio (EDWARDS *et al.*, 2009).

3.3.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As respostas das questões foram inseridas e analisadas no *software* SPSS® for Windows (SPSS Inc., versão 22.0, 2013). Uma vez que os dados não possuem distribuição normal, testes não paramétricos foram utilizados para verificar a associação entre as respostas e informações demográficas com um nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$). Os gráficos foram construídos no graphPad PRISM® (versão 5.00).

As cidades dos respondentes da pesquisa tiveram seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) verificado, uma medida composta de indicadores de saúde, educação e renda ajustada para a realidade dos municípios, refletindo as especificidades e desafios regionais no alcance do desenvolvimento humano no Brasil. O IDHM varia entre 0 (valor mínimo) e 1 (valor máximo), classificando as cidades em faixas de desenvolvimento: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Com relação à questão sobre a busca de informações, os participantes poderiam responder “nunca”, “às vezes” ou “sempre” para cada item. Para estabelecer um escore que refletisse o comportamento na busca de informações, atribuiu-se um ponto para cada resposta, sendo 1 o valor de “nunca”, 2 de “às vezes” e 3 pontos para a resposta “sempre”. Assim, o escore variou de 6 a 18

pontos, sendo que quanto maior o seu valor, maior é a tendência do farmacêutico em buscar por informações nas fontes citadas.

Da mesma forma, foi estabelecido um escore na questão relacionada ao conhecimento sobre os termos associados à Saúde Baseada em Evidências (SBE). Neste caso, foi considerado o número de respostas “eu tenho uma boa compreensão deste termo e poderia explicá-lo a outros”, com o valor de 1 ponto, referente ao maior grau de conhecimentos acerca dos termos. Outras respostas não pontuaram.

3.3.4 PRECEITOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado em 26.06.2013 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o número 316.374/2013.

3.4 RESULTADOS

Dos 8.885 farmacêuticos contatados via *e-mail*, 1.851 acessaram o questionário (20,8% de retorno). Entretanto, somente 533 o responderam completamente e eram farmacêuticos de farmácia sem manipulação ou drogaria, portanto, o alvo deste trabalho. Considerando que no início de 2014 havia no Estado do Paraná 6.294 farmacêuticos trabalhando em drogarias (informação pessoal)¹, a taxa de retorno foi de 8,5%.

A distribuição dos respondentes foi consideravelmente homogênea em todo o Estado do Paraná, com 158 cidades participantes, das 399 que compõem o Estado (FIGURA 3.1).

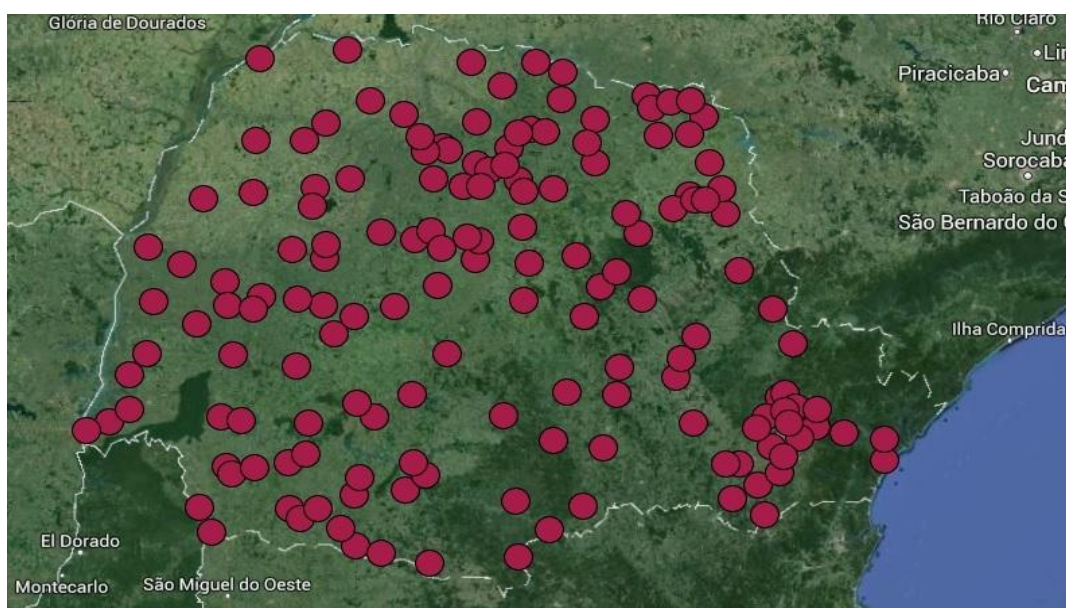


FIGURA 3.1 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES NO MAPA DO ESTADO DO PARANÁ, BRASIL.

A idade média dos respondentes é de 35,2 anos (DP=9,3), com idades variando entre 23 e 71 anos (mediana 33, intervalo interquartil 28 – 41). A tabela 3.1, abaixo demonstrada, apresenta características dos farmacêuticos que responderam o questionário.

¹ CRF-PR. Informações. Mensagem recebida por gerusach@hotmail.com em 06 de fevereiro de 2014. Dado relativo a 2014.

TABELA 3.1 - CARACTERÍSTICAS DOS FARMACÊUTICOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Características	n (%)
<u>Gênero</u>	
Masculino	163 (30,6%)
Feminino	370 (69,4%)
<u>Experiência em farmácia comunitária</u>	
≤ 1 ano	20 (3,7%)
> 1 a ≤ 10 anos	307 (57,6%)
> 10 a ≤ 20 anos	138 (25,9%)
> 20 anos	68 (12,8%)
<u>Grau acadêmico</u>	
Graduação	265 (49,7%)
Especialização ou MBA	245 (46%)
Mestrado	20 (3,7%)
Doutorado	3 (0,6%)
<u>Tipo de farmácia em que trabalha</u>	
Rede de alcance local/regional	174 (32,6%)
Rede de alcance estadual	49 (9,2%)
Rede de alcance nacional	97 (18,2%)
Independente	213 (40%)

O número de mulheres respondentes foi mais do que o dobro do número de homens. Mais da metade dos participantes (54,7%) formou-se entre os anos de 2005 e 2010 e 61,3% possui até 10 anos de experiência no varejo farmacêutico. Significativamente, mais mulheres (54%) têm pós-graduação em relação aos homens (41,7%), seja *lato* ou *stricto sensu* ($\chi^2 = 6,888$; $p < 0,05$).

Considerando a estrutura para o trabalho, 89,3% das farmácias possuem acesso à internet; 68,9% das farmácias possuem um local para o paciente esperar sentado até ser atendido e 52,2% das farmácias dispõe de algum espaço privado ou semiprivado para o atendimento sentado de pacientes.

Quando questionados a respeito da área de maior interesse, 58,2% relataram interesse tanto pela área administrativa e gerencial quanto pela área técnica-assistencial e 30% demonstram interesse exclusivamente pela área assistencial. Dos respondentes, 43,7% ocupam o cargo de diretor técnico e 21,4% são gerentes, sendo que 31,3% dos participantes são proprietários da

farmácia/drogaria em que trabalham. A maioria dos participantes (60%) trabalha em farmácia de rede, seja de alcance local, regional, estadual ou nacional.

Os farmacêuticos participantes trabalham uma mediana de 44 horas semanais (intervalo interquartil 40 – 48), sendo que 97,4% atendem pacientes no balcão, durante uma mediana de 6 horas por dia (intervalo interquartil 4 – 7). Os respondentes relataram que fazem uma mediana de 30 atendimentos ao dia (intervalo interquartil 20 – 50), com cerca de 12 minutos de duração cada atendimento. Do total de atendimentos, 33,3% são indicações de medicamentos mediante a solicitação dos pacientes.

Não houve diferença significativa quanto ao atendimento de pacientes que solicitam indicação de medicamentos entre farmacêuticos que trabalham em redes e àqueles que trabalham em farmácias independentes ($p=0,806$), tampouco no número de atendimentos com indicação de medicamentos ($p=0,902$). Da mesma forma, não houve diferença quanto à indicação de medicamentos entre os gêneros ($p=0,367$), nem entre os graduados e pós-graduados ($p=0,371$).

Quando questionados quanto à organização dos MIPs na farmácia, 82% dos entrevistados relataram que todos estão armazenados atrás do balcão; 12,4% armazenam mais atrás do balcão e menos na gôndola, enquanto que 2,6% armazenam todos os MIPs nas gôndolas e 3,0% mais na gôndola e menos atrás do balcão.

Com relação à indicação de MIPs, os farmacêuticos foram solicitados a assinalar três fatores que consideram importantes para a seleção do medicamento mais adequado ao paciente. Para isto, era solicitado que o farmacêutico assinalasse três das seis opções (FIGURA 3.2 abaixo demonstrada).

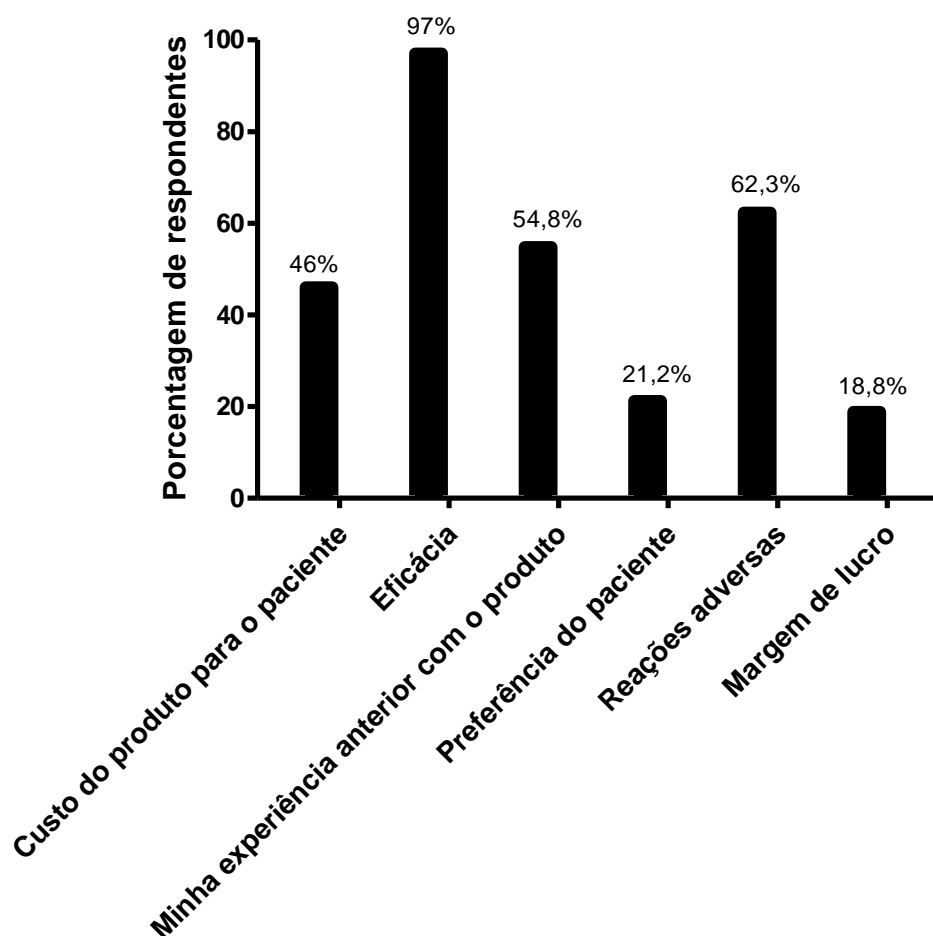


FIGURA 3.2 - FATORES CONSIDERADOS IMPORTANTES PELOS FARMACÊUTICOS PARA A RECOMENDAÇÃO DE UM MIP

Os farmacêuticos com tempo de experiência no varejo farmacêutico inferior ou igual a 10 anos demonstraram, significativamente, considerar a preferência do paciente um fator importante para recomendar um MIP, comparados com àqueles com mais de 10 anos de experiência ($\chi^2 = 20,243$; $p < 0,05$). Com relação aos outros fatores, não houve diferença significativa. Da mesma forma, não foi observada diferença em relação aos farmacêuticos com graduação e pós-graduação e os fatores considerados importantes para a recomendação de um MIP.

Os farmacêuticos foram questionados sobre a busca de informações “Quando você tem alguma dúvida ou um problema no seu dia-a-dia, com que frequência você consulta cada um dos recursos abaixo?” (FIGURA 3.3). Do total, 62,2% responderam que sempre procuram em *sites* de busca tipo google, 49,5% sempre recorrem a livros técnicos, como livros de farmacologia e dicionário de especialidades farmacêuticas, enquanto 37% sempre consultam colegas de

trabalho. Ainda, 27,4% dos farmacêuticos sempre consultam o *site* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e 21,4% sempre consultam *sites* dos Conselhos Regional e Federal de Farmácia. Considerando o escore de busca de informações, observou-se que os farmacêuticos com pós-graduação têm maior tendência a buscar informação nos recursos listados em relação aos graduados ($p<0,002$).

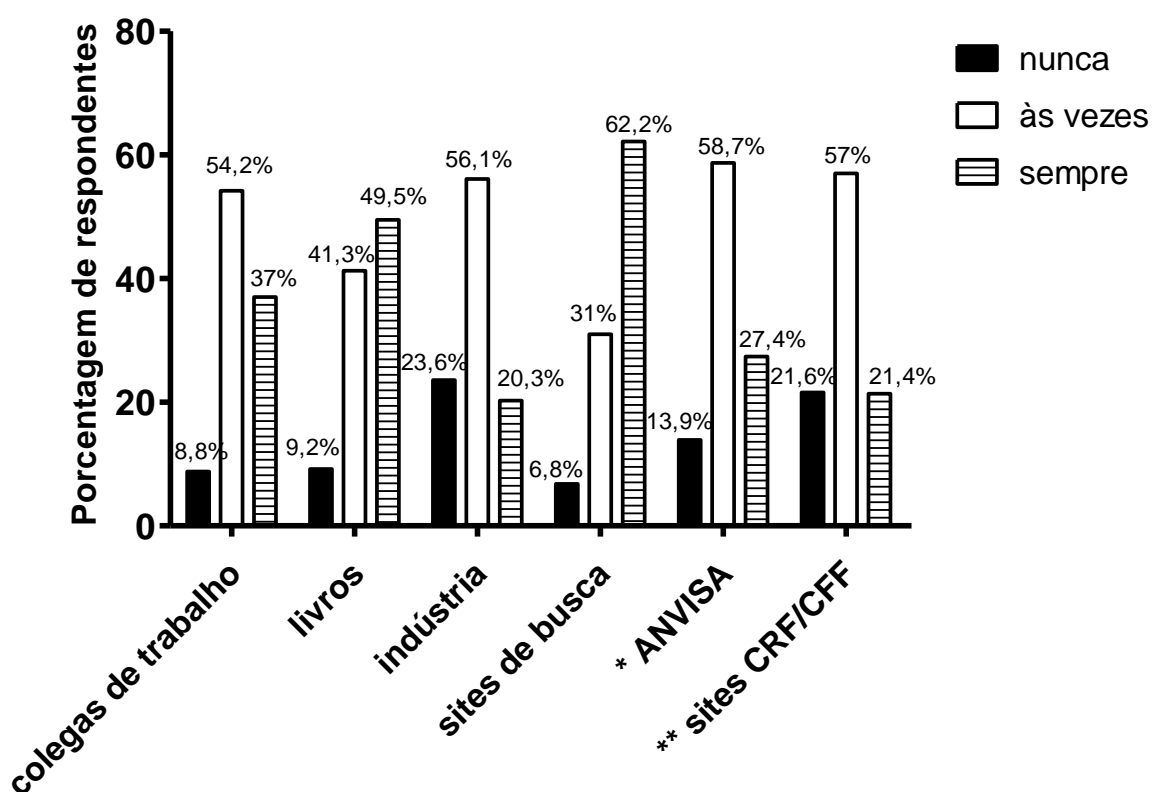


FIGURA 3.3 - RESPOSTAS DOS FARMACÊUTICOS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANDO QUESTIONADOS À RESPEITO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO EM CASO DE DÚVIDAS

*ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CRF/CFF: Conselho Regional de Farmácia/Conselho Federal de Farmácia

Os participantes foram solicitados a classificar o seu conhecimento acerca de uma variedade de conceitos associados com trabalhos de pesquisa, relacionados com a Saúde Baseada em Evidências (SBE). Neste sentido, eles foram questionados a respeito dos termos: ensaio clínico randomizado, revisão sistemática, metanálise, número necessário tratar, intervalo de confiança, risco

relativo, viés de publicação, estudo caso-controle, estudo de coorte e valor de $p < 0,05$. As respostas foram apresentadas em quatro categorias, conforme a tabela 3.2.

TABELA 3.2 - CONHECIMENTO SOBRE OS TERMOS RELACIONADOS À SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS (NÚMERO DE RESPONDENTES E PORCENTAGEM)

Termo relacionado à Saúde Baseada em Evidências	Eu não sei o que significa este termo e acho que não seria útil conhecê-lo	Eu não sei o que significa este termo, mas gostaria de saber	Tenho alguma compreensão sobre este termo	Tenho alguma compreensão sobre este termo e poderia explicá-lo a outros
Ensaio clínico randomizado	22 (4,1%)	172 (32,3%)	260 (48,8%)	79 (14,8%)
Revisão sistemática	22 (4,1%)	207 (38,8%)	243 (45,6%)	61 (11,5%)
Metanálise	30 (5,6%)	315 (59,1%)	145 (27,2%)	43 (8,1%)
Número necessário tratar	39 (7,3%)	343 (64,3%)	117 (22%)	34 (6,4%)
Intervalo de confiança	25 (4,7%)	229 (43%)	191 (35,8%)	88 (16,5%)
Risco relativo	20 (3,8%)	166 (31,1%)	265 (49,7%)	82 (15,4%)
Viés de publicação	36 (6,8%)	339 (63,6%)	114 (21,4%)	44 (8,2%)
Estudo caso-controle	24 (4,5%)	147 (27,6%)	249 (46,7%)	113 (21,2%)
Estudo de coorte	30 (5,6%)	267 (50,1%)	178 (33,4%)	58 (10,9%)
Valor de $p < 0,05$	34 (6,4%)	302 (56,7%)	147 (27,5%)	50 (9,4%)

Para seis dos dez termos apresentados (metanálise, número necessário de tratar, intervalo de confiança, viés de publicação, estudo de coorte, valor de $p < 0,05$), a maioria dos farmacêuticos respondeu que não sabia o significado, mas teria interesse em saber. Uma considerável proporção dos respondentes (45,6-49,7%) tinha alguma compreensão sobre os demais termos (ensaio clínico randomizado, revisão sistemática, risco relativo, estudo caso-controle) entretanto, não poderiam explicá-los a outras pessoas.

Os farmacêuticos com pós-graduação demonstraram maior escore de conhecimento sobre os termos relacionados à SBE ($p=0,001$), assim como os respondentes cujo tempo de experiência no varejo farmacêutico é inferior ou igual a 10 anos ($p=0,007$). Entretanto, este escore não demonstrou correspondência com os critérios apontados como mais importantes na recomendação de um MIP ao paciente.

Conforme o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), as cidades dos farmacêuticos participantes foram divididas em dois grupos: cidades com índice “muito alto” ou “alto” e cidades com índice “médio” ou “baixo”. Nenhuma das cidades apresentava índice “muito baixo” de IDHM. Os resultados demonstraram que os farmacêuticos que moram em cidades com IDHM “muito alto” ou “alto” apresentam maior escore de conhecimento sobre os termos da SBE ($p=0,003$). Este índice não demonstrou relação com outras variáveis.

Quando questionados a respeito de cursos para atualização, 43,7% dos respondentes afirmaram ter feito algum curso de curta duração nos últimos 12 meses, não considerando cursos de especialização, sendo a duração mediana de 20 horas (intervalo interquartil 8 - 40).

Os farmacêuticos que fizeram curso de atualização demonstraram maior escore de conhecimento acerca das questões relacionadas à SBE ($p=0,005$), em comparação com aqueles que não fizeram. Da mesma forma, houve correlação positiva ($r=0,224$ e $p=0,001$) entre a carga horária destes cursos e o maior escore de conhecimento em SBE. Os respondentes também demonstraram maior escore relacionado à busca de informações do que aqueles que não fizeram cursos para atualização nos últimos 12 meses ($p=0,001$). Por outro lado, não houve correlação significativa ($p=0,310$ e $r=0,067$) entre a quantidade de horas dos cursos de atualização e o escore de busca de informações.

Os participantes foram questionados a respeito da prescrição farmacêutica (FIGURA 3.4), tendo em vista a regulamentação recente no Brasil (CFF, 2013). As respostas estavam na forma de escala Likert de três pontos: “concordo”, “não concordo nem discordo”, “discordo”.

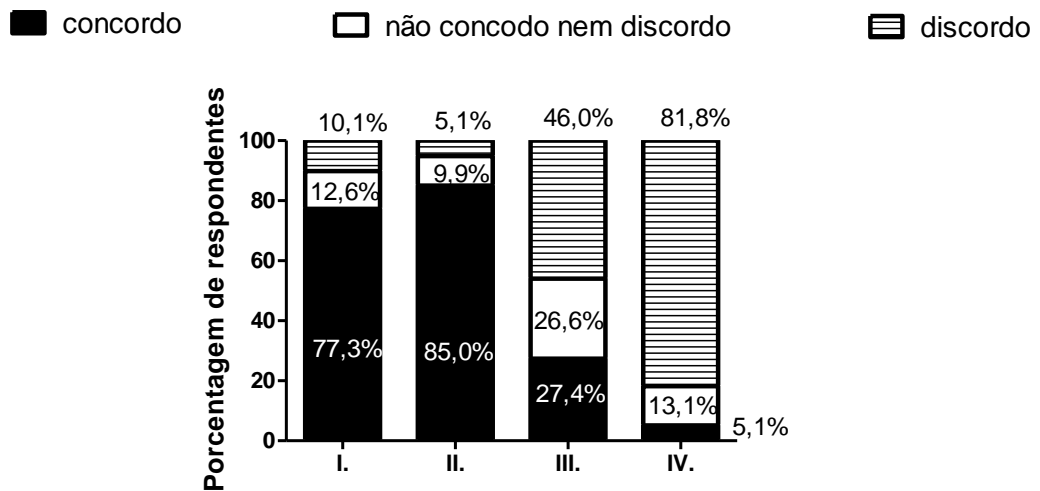


FIGURA 3.4 - COMPARAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS FARMACÊUTICOS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO À PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

Legenda: I. Os farmacêuticos possuem a capacitação necessária para a prescrição de medicamentos que não exigem receita médica.

II. A regulamentação da prescrição farmacêutica é um passo importante para a valorização de toda a profissão.

III. Regulamentar a prescrição farmacêutica não seria necessário, pois o farmacêutico sempre pôde indicar medicamentos que não exigem receita médica.

IV. A prescrição farmacêutica não deve existir, pois o profissional que deve prescrever é somente o médico.

3.5 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avalia a prática de farmacêuticos comunitários em um Estado brasileiro, tendo como foco o aconselhamento sobre MIPs. Dados importantes foram encontrados, como o baixo conhecimento sobre termos relacionados com SBE e os principais fatores considerados para a recomendação de um MIP.

Observou-se que a lista de *e-mails* fornecida pelo CRF-PR possuía uma expressiva quantidade de endereços duplicados e inexistentes, o que pode comprometer a comunicação entre este órgão e os farmacêuticos nele registrados. Neste sentido, de acordo com o código de ética farmacêutica, ressalta-se que é obrigação do profissional farmacêutico informar por escrito ao respectivo CRF seus dados completos, como é o caso do endereço eletrônico (CFF, 2014).

Uma boa cobertura em termos de número de cidades foi realizada no Estado, atingindo uma proporção representativa de 39,59%, indicando que os resultados encontrados retratam a realidade estadual.

O número de respondentes com graduação é semelhante ao dos que possuem pós-graduação. Fazendo um paralelo com a realidade mundial, a porcentagem de farmacêuticos pós-graduados se assemelha a países europeus, se comparado ao estudo de Hughes *et al.* (2010) e é maior em relação àquela encontrada no estudo de Hanna e Hughes (2012a). Entre os farmacêuticos pós-graduados, a maior parte (91,4%) possui pós-graduação *lato sensu*, entretanto não foi observada a área de concentração da pós-graduação. No Brasil, ainda são em pequeno número os cursos de pós-graduação na área da Assistência Farmacêutica que embasam a atuação do farmacêutico na Farmácia Comunitária. No entanto, os farmacêuticos têm se valido de outros cursos que podem suprir algumas carências deixadas pela graduação, como cursos de pós-graduação em farmacologia, gerenciamento farmacêutico, farmácia clínica, entre outros (SOUZA, 2012).

Aproximadamente dois terços dos farmacêuticos trabalha em farmácias de rede, resultado superior ao encontrado em outros estudos: 48,9% (LUCCHETA; MASTROIANI, 2010), 40% (CORRER *et al.*, 2004) e 12,8% (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009). Com relação às farmácias independentes, observou-se que quase todas são de propriedade de farmacêutico.

Em mais da metade das farmácias (52,2%) há um espaço privado ou semiprivado para o atendimento sentado de pacientes, o que favorece uma orientação adequada quanto ao uso do medicamento dispensado. Este resultado é superior ao encontrado em outros estudos semelhantes (CORRER *et al.*, 2004; FRANÇA FILHO *et al.*, 2008; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; TOMASSI; RIBEIRO, 2012). Isto pode ser atribuído ao fato deste inquérito ser mais recente, uma vez que, atualmente levanta-se a questão de que a farmácia deve dispor de um local com um mínimo de privacidade para o atendimento farmacêutico de sintomas menores. Nem sempre o balcão consiste no local mais adequado para este procedimento (CORRER; ROTTA; OTUKI, 2013).

Em um estudo realizado no Reino Unido, muitos farmacêuticos relataram que o ambiente da farmácia é adequadamente equipado para assegurar a privacidade dos pacientes (MCINTOSH *et al.*, 2011). Entretanto, em outro estudo, a maioria dos respondentes não estava satisfeita com a área para consulta de pacientes (LATIF; BOARDMAN, 2008). Em um local privativo, altera-se a dinâmica da interação farmacêutico-paciente, removendo preocupações do paciente em ser ouvido por outras pessoas e ajudando a manter o foco no aconselhamento, sem interrupção (GREENHILL *et al.*, 2011). Desta forma, acredita-se que o paciente sinta-se mais à vontade para buscar aconselhamento (BLENKINSOPP; PAXTON; BLENKINSOPP, 2009).

Dos farmacêuticos participantes da pesquisa, cerca de um terço relatou maior interesse, exclusivamente, pela área assistencial, relacionada ao contato direto com o paciente. Este resultado é inferior ao encontrado em um estudo realizado em outro Estado sul brasileiro, em que mais de 70% dos participantes afirmaram ter maior interesse por esta área de atuação (FRANÇA FILHO *et al.*, 2008). Entretanto, independente da área de maior interesse, 97,4% atendem pacientes no balcão, seja na dispensação de medicamentos mediante apresentação de prescrição médica/odontológica ou na recomendação de um MIP. Desta forma, observa-se que, em sua prática diária, o farmacêutico tem a oportunidade de orientar os pacientes em suas decisões sobre o uso de medicamentos, fornecendo informações escrita e oral sobre os medicamentos e respondendo as perguntas dos pacientes (BLOM; KRASS, 2011).

Do total de atendimentos realizados pelos farmacêuticos, 1 em cada 3 é indicação de medicamentos mediante a solicitação do paciente. Não houve

diferença em relação ao número de atendimentos diários com indicação de medicamentos entre farmácias de rede e independente, parecendo não haver preferência do paciente por um determinado tipo de farmácia. No início de 2014, o Estado do Paraná possuía 6.294 farmacêuticos trabalhando em drogarias e os resultados deste trabalho mostram que eles fazem cerca de 300 recomendações de MIPs por mês. Neste cenário, estima-se que esta prática é realizada cerca de 1 milhão e 800 mil vezes por mês, o que reflete a sua importância no cotidiano de trabalho dos farmacêuticos.

O tempo médio de duração de cada atendimento foi de 12 minutos. A literatura relata, com relação ao atendimento de pacientes que buscam orientação sobre seus problemas de saúde, que o tempo de duração dependerá do perfil do paciente e da gravidade da situação, mas raramente ultrapassa 10 ou 15 minutos de consulta paciente-farmacêutico (CORRER; ROTTA; OTUKI, 2013).

Um trabalho realizado no Estado do Paraná demonstrou que, além do atendimento de pacientes no balcão, os farmacêuticos também oferecem serviços, conforme estabelecido pela RDC nº 44 da ANVISA. A verificação de pressão arterial é ofertada por mais de 80% dos farmacêuticos, possivelmente pela alta prevalência da hipertensão e a proximidade das farmácias comunitárias ao paciente, tornando esse um local central para atenção à saúde (HIPÓLITO JUNIOR, 2015).

A maioria dos farmacêuticos (82%) afirmou que os MIPs estão armazenados atrás do balcão, enquanto que 2,6% armazenam todos nas gôndolas. Em outros trabalhos, a exposição destes medicamentos em gôndolas de autoatendimento foi de 73% (TOMASSI; RIBEIRO, 2012) e 50% (SILVA; VIEIRA, 2004). No Brasil, a RDC nº 44 de 2009 da ANVISA (BRASIL, 2009) determinou que os MIPs fossem posicionados atrás do balcão, com o objetivo de reduzir a automedicação e evitar o uso irracional de medicamentos pela população.

Entretanto, em 2012, foi publicada a RDC nº 41 estabelecendo que os MIPs podem ficar em gôndolas ao alcance dos usuários, desde que em área segregada àquela destinada aos produtos correlatos, como cosméticos e produtos dietéticos (BRASIL, 2012). Ressalta-se que no Estado do Paraná, onde o trabalho foi realizado, desde 1996, a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), por meio da Resolução nº 54, estabelece que é vedada a dispensação de medicamentos pelo sistema de autoatendimento (PARANÁ, 1996). Em 2014, esta resolução foi revogada, sendo substituída pela Resolução nº 590, mantendo a regulamentação de

que os medicamentos devem permanecer em área de circulação restrita aos funcionários (PARANÁ, 2014). Pelos resultados obtidos é possível perceber que embora a resolução nacional permita que os MIPs estejam ao alcance dos usuários, muitos farmacêuticos optam pelo armazenamento atrás do balcão, o que contribui para seu uso racional e orientado pelo farmacêutico, conforme preconizado pela resolução estadual.

Quando questionados sobre os fatores considerados importantes para a recomendação de um MIP (FIGURA 3.2), os farmacêuticos poderiam escolher três das seis alternativas, sendo que 97% responderam a eficácia do produto, 62,3% relataram as reações adversas e 54,8% consideram a sua experiência anterior com o produto. A margem de lucro do produto é considerada um fator importante para a indicação por 18,8% dos farmacêuticos. O conhecimento adquirido em cursos de pós-graduação demonstrou não ter influência sobre estes fatores, uma vez que não houve diferença em relação aos farmacêuticos com graduação e pós-graduação e os fatores considerados importantes para a recomendação de um MIP. No estudo realizado na Irlanda do Norte por Hanna e Hughes (2012a), a segurança foi o fator considerado mais importante (67,6%), seguido pela efetividade (36,8%), escolha do paciente, custo e popularidade do produto.

Em um estudo inglês, a evidência de eficácia não foi o fator determinante para a seleção de MIPs. Os entrevistados apontaram para a falta de evidência associada a tais produtos. Ainda, os farmacêuticos relataram tender a tomar decisões com base na sua experiência pessoal, obtida pelo retorno do paciente, e na capacidade do medicamento causar danos. Os farmacêuticos afirmaram sentir-se desconfortáveis em recomendar produtos que não tiveram nenhuma evidência de eficácia (RUTTER; WADESANGO, 2014).

No presente estudo, apesar de considerarem a eficácia e os efeitos adversos fatores importantes na recomendação de um MIP, os farmacêuticos demonstraram falta de conhecimento dos termos técnicos utilizados na Saúde Baseada em Evidências (SBE) (TABELA 3.2). Entretanto, o conhecimento destes termos é crucial para a interpretação de estudos científicos, como àqueles que avaliam eficácia e segurança das intervenções. Uma pequena parte dos participantes (6,4-21,2%) demonstrou que realmente sabia o significado dos termos, pois responderam que além de terem conhecimento sobre os mesmos, poderiam explicá-los a outras pessoas.

Este resultado é consoante com estudos de outros profissionais de saúde (MCCOLL *et al.*, 1998; YOUNG; WARD, 2001; YOUNG; GLASZIOU; WARD, 2002; O'DONNELL, 2004) que demonstraram compreensão parcial dos termos utilizados na SBE. Talvez por isso, no presente trabalho, mais de metade dos participantes leve em conta a sua experiência anterior com o produto. Correlacionando este dado com a pirâmide de evidências, verifica-se que a experiência com o produto corresponde ao menor nível de evidência, uma vez que não está embasada em dados científicos (OXFORD, 2009). Entretanto, é importante salientar que o emprego da evidência não exclui a experiência clínica individual e é preconizado que ambos os conhecimentos devam ser utilizados, levando em conta também as preferências dos pacientes (CORDEIRO *et al.*, 2007).

Em um trabalho realizado com farmacêuticos na Austrália, embora poucos deles tenham demonstrado bom entendimento sobre os termos utilizados na SBE, a compreensão ainda foi maior do que a do presente estudo (PETERSON *et al.*, 2009). Por outro lado, vale ressaltar que o conhecimento sobre SBE nem sempre resulta em uma mudança de comportamento na prática (COOMARASAMY; KHAN, 2004).

Observou-se que os farmacêuticos com pós-graduação demonstraram maior escore de conhecimento sobre os termos relacionado à SBE, assim como aqueles que fizeram cursos de atualização nos últimos 12 meses. Isto pode ser atribuído à deficiência deste conteúdo na grade curricular dos cursos de graduação em Farmácia, reforçando a importância da atualização profissional constante, parte primordial para a formação de um profissional com maior capacidade de atuação e vasto conhecimento.

Considerando os cursos de atualização, pouco menos da metade dos participantes afirmou ter feito nos últimos 12 meses. As barreiras para a realização destes cursos não foram avaliadas, mas podem estar relacionadas à elevada carga horária de trabalho ou mesmo devido à dificuldade em conseguir liberação da farmácia. Neste sentido, os Conselhos Federal e Regional de Farmácia poderiam intensificar os projetos de educação continuada, realizando cursos na modalidade de ensino à distância (EAD), a fim de atingir uma parcela maior de profissionais, que teriam acesso à informações atualizadas. Ainda, os conselhos poderiam disponibilizar, em suas páginas, *links* para trabalhos sobre MIPs.

Hanna e Hughes (2012b) apontam que as universidades deveriam colocar mais ênfase sobre como e onde encontrar as melhores fontes de evidência atual. Por outro lado, em seu estudo envolvendo farmacêuticos que receberam treinamento sobre SBE na graduação, os autores concluíram que o mesmo parece ter influência limitada na tomada de decisão quanto à escolha de um MIP, e salientam que é preciso mais trabalho para garantir que uma abordagem baseada em evidências seja rotineiramente implementada. Uma revisão sistemática concluiu que o ensino deve ir além da sala de aula, voltado para a prática clínica, envolvendo a SBE, a fim de promover melhorias nas habilidades, atitudes e comportamentos do profissional (COOMARASAMY; KHAN, 2004).

Um estudo qualitativo irlandês explorou os fatores que influenciam a seleção do MIP pelo farmacêutico e o papel da prática baseada em evidências nesta decisão. Os resultados demonstraram que os farmacêuticos consideram a segurança acima de todos os outros fatores ao recomendar MIPs para os pacientes, e a evidência de eficácia raramente é considerada. Os autores apontam que se a prática baseada em evidências é influenciar este tipo de decisão, os farmacêuticos precisam usar a evidência que está disponível e estar preparado para discuti-la com os pacientes. Este estudo também expôs a falta de formação em SBE nos cursos de graduação de farmácia (HANNA; HUGHES, 2010).

Desta forma, no que diz respeito à seleção e recomendação de MIPs, torna-se interessante a elaboração de *guidelines*, que são guias criados por consenso de especialistas no assunto, com o objetivo de uniformizar a assistência, adaptar à realidade local, levando em conta o custo-benefício das intervenções (ATALLAH; CASTRO, 1998). Guias com protocolos de atendimento em situações de transtornos menores levariam à uniformização do aconselhamento farmacêutico no que diz respeito à anamnese, seleção e recomendação do MIP mais adequado, com base nas melhores evidências científicas disponíveis.

Considerando que 89,3% dos farmacêuticos possuem acesso à internet em seu local de trabalho, e que este é um fator imprescindível para a busca na literatura por informações atualizadas, 62,2% responderam buscar por informações em *sites* de busca tipo google. É importante salientar que nem toda a informação que este buscador capta possui confiabilidade e é baseada em evidências. 49,5% sempre buscam informações em livros técnicos, como livros de farmacologia e compêndios sobre medicamentos, entretanto, estes trazem somente informações técnicas sobre

os medicamentos, não abordando a parte clínica que inclui o manejo da farmacoterapia, não atendendo, portanto, a demanda gerada pelo serviço. É importante salientar que as fontes de informação devem ser atualizadas, precisas, de fácil utilização e de confiança.

Em certas situações, fontes alternativas de informação sobre medicamentos podem ser utilizadas, como organizações de profissionais e agências de saúde regulamentadoras (MALONE; KIER; STANOVICH, 2011). Neste contexto, os farmacêuticos relataram sempre buscar informações nos *sites* dos Conselhos Regional/Federal de Farmácia e da ANVISA em 21,4% e 27,4% das vezes, respectivamente (FIGURA 3.3). Em suma, é possível perceber que as fontes utilizadas para busca de informações são de baixa evidência científica, assim como demonstrado no trabalho de Peterson e colaboradores (2009).

Pouco mais de um terço dos participantes responderam que em caso de dúvidas sempre recorrem a colegas de trabalho. Presume-se que estes sejam outros farmacêuticos, entretanto respostas referentes aos demais funcionários da farmácia, não farmacêuticos, não podem ser descartadas com estes resultados. O uso de mídias sociais não foi avaliado, embora haja um enorme potencial para farmacêuticos romperem o isolamento de seus locais de trabalho e colaborarem uns com os outros por meio de ferramentas específicas para farmacêuticos. Como exemplos, é possível mencionar o “PharmQD” nos Estados Unidos (pharmqd.com), o portal “Farmacêutico Clínico” no Brasil (farmaceuticoclinico.com.br) e as páginas criadas no “Facebook” por organizações profissionais de farmácia, como a Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP) (BENETOLI *et al.*, 2014).

Recentemente, no Brasil, foi publicada a Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 586 de 2013 que estabelece a prescrição farmacêutica, a ser realizada conforme as necessidades do paciente, com base nas melhores evidências científicas. Esta resolução considera a prescrição como uma atribuição clínica do farmacêutico, possibilitando a prescrição de medicamentos cuja dispensação não exija receita médica (CFF, 2013).

Quando questionados sobre este assunto (FIGURA 3.4), a maioria dos respondentes concorda que os farmacêuticos possuem a capacitação necessária para a prescrição destes medicamentos. Este resultado é contrastante com o obtido em um estudo realizado com farmacêuticos do Reino Unido, em que somente cerca

de 5% consideram ter competência para prescrever, relatando a necessidade de treinamentos (MCINTOSH *et al.*, 2011).

Os respondentes concordam que a regulamentação da prescrição é um passo importante para a valorização da profissão. Estes resultados estão de acordo com os 81,8% que discordam que a prescrição não deveria existir, pois o profissional que deve prescrever é somente o médico. Assim, pode-se perceber que alguns farmacêuticos ainda têm dúvidas sobre a aplicabilidade desta resolução, uma vez que a recomendação de MIPs é uma prática já realizada no país. A lista de MIPs no Brasil é restrita, se comparada com outros países (ABIMIP, 2014). Desta forma, pode ser que os farmacêuticos brasileiros sintam necessidade de expandir as possibilidades de medicamentos para serem prescritos.

Acredita-se que a regulamentação da prescrição farmacêutica no Brasil contribua com o sistema de saúde no sentido de reduzir a procura pelo médico em casos de transtornos menores e ainda possibilita a maior valorização do profissional farmacêutico. O gerenciamento de doenças na farmácia comunitária, além de reduzir custos, também é uma forma de contribuir para desenvolvimento profissional dos farmacêuticos comunitários (PAUDYAL *et al.*, 2011).

Nas duas últimas décadas, os farmacêuticos ao redor do mundo receberam autorização para prescrever uma gama crescente de medicamentos. Em alguns países, incluindo o Reino Unido, Estados Unidos, Canadá e Nova Zelândia, farmacêuticos já podem legalmente prescrever diversos medicamentos previamente prescritos somente por médicos (NISSEN, 2011). A literatura internacional demonstra os benefícios da prescrição por farmacêuticos, sendo realizada tanto de forma independente ou em colaboração com outros profissionais da equipe de saúde (CFF, 2013).

Quando esta pesquisa teve início, em outubro de 2013, a regulamentação da prescrição farmacêutica no Brasil era muito recente (agosto de 2013). Desta forma, foi verificada, somente, a opinião dos farmacêuticos a este respeito, uma vez que a prática, em si, não pôde ser avaliada. Sendo assim, torna-se interessante realizar um estudo, futuramente, a fim de verificar como esta prática está sendo realizada, bem como quais as dificuldades encontradas pelos profissionais.

3.6 LIMITAÇÕES

As principais limitações deste estudo referem-se a metodologia de coleta de dados *on-line* e a taxa de resposta. De fato, 20,8% dos farmacêuticos do Estado do Paraná acessaram o questionário. No entanto, alguns responderam de forma incompleta e foram descartados, enquanto outros eram farmacêuticos que não trabalhavam em farmácias sem manipulação ou drogarias, não fazendo parte dos critérios de inclusão deste estudo. Assim, a taxa de resposta obtida (8,5%) foi semelhante a outros estudos na literatura utilizando a mesma metodologia (SCHOMMER *et al.*, 2003; MOCZYGEMBA; BARNER; ROBERSON, 2008; BELLANGER; SHANK, 2010; HUSTON *et al.*, 2010; CAUNTHON; BOWMAN; GURNEY, 2013; FLEET *et al.*, 2014; HOLMAN *et al.*, 2014; O'BRIEN *et al.*, 2014).

Este tipo de pesquisa possui vantagens como baixo custo, agilidade na aplicação, controle sobre o preenchimento incorreto, a possibilidade de alcance de um grande número de pessoas e a exigência de respostas completas. Por outro lado, apresenta algumas desvantagens como o baixo índice de resposta, menor que outros métodos de aplicação de questionário, presença de *e-mails* incorretos, alguns servidores recebem o *e-mail* como “lixo eletrônico”, falta de interesse em responder ao questionário e alcance somente àquelas pessoas que possuem acesso ao computador, embora a maior parte dos farmacêuticos tenha acesso à internet em casa, no trabalho ou em ambos os locais.

Edwards e colaboradores (2009) demonstraram que oferecer incentivos aumenta a taxa de resposta, entretanto, por questões éticas, esta estratégia não foi utilizada. Estudos demonstram que pesquisas do tipo *web surveys* apresentam menor taxa de resposta em relação a outras formas de inquéritos (VANGEEEST; JOHNSON; WELCH, 2007; MANFREDA *et al.*, 2008; SHIH; FAN, 2008; SCOTT *et al.*, 2011). Entretanto, não havia outra maneira confiável de coletar dados de mais de 6.000 farmacêuticos comunitários, residentes no Estado do Paraná, Brasil.

3.7 CONCLUSÃO

O aconselhamento de pacientes com MIPs é uma prática muito comum no cotidiano de trabalho dos farmacêuticos paranaenses. Os fatores que demonstraram influenciar de maneira mais significativa a seleção de um MIP foram a eficácia do medicamento, as reações adversas e a experiência do farmacêutico anterior com o produto. As fontes utilizadas para a obtenção de informações atualizadas sobre medicamentos estão relacionadas com fraca evidência científica. Neste caso, existe claramente, a necessidade de aumentar o pensamento crítico dos farmacêuticos, de modo que procurem por informações atualizadas, baseadas em evidências científicas consistentes e isentas de conflitos de interesse, a fim de aprimorar a prática na farmácia comunitária.

Sob este aspecto, este estudo destaca um problema, que é o conhecimento deficiente dos termos relacionados com a SBE entre farmacêuticos comunitários, o que compromete a compreensão de estudos científicos. Assim, é intrigante compreender como a eficácia e segurança dos medicamentos são consideradas para o aconselhamento sobre MIPs. Esta prática poderia ser implementada nos cursos de graduação em Farmácia, sob aspectos teóricos e práticos, para que esta lacuna no conhecimento fosse preenchida. Além disso, os Conselhos Federal e Regional de Farmácia poderiam intensificar os projetos de educação continuada, realizados na modalidade de ensino à distância para atingir uma maior parcela de profissionais.

Com relação à prescrição farmacêutica, os respondentes consideram que os farmacêuticos são capazes de prescrever, embora eles tenham opiniões divergentes sobre a prescrição de medicamentos que não exigem receita médica.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição. Disponível em: <<http://www.abimip.org.br/site/index.php>>. Acesso em: 18/07/2014.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/>. Acesso em: 16/07/2014.

ATALLAH, A.N.; CASTRO, A.A. **Fundamentos da pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

BELLANGER, R. A.; SHANK, T.C. Continuing professional development in Texas: Survey of pharmacists' knowledge and attitudes: 2008. **Journal of American Pharmacist Association**, v. 50, p. 368–74, 2010.

BENETOLI, A.; CHEN, T. F.; ASLANI, P. The use of social media in pharmacy practice and education. **Research in Social & Administrative Pharmacy**, v. 11, p. 1-46, 2015.

BLENKINSOPP, A.; PAXTON, P.; BLENKINSOPP, J. **Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness**, 6 ed., UK: John Wiley & Sons, 2009.

BLOM, L.; KRASS, I. Introduction: the role of pharmacy in patient education and counseling. **Patient Education and Counseling**, v. 83, p. 285-7, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D.F., 02 de junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D.F., 18 de agosto de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 41, de 26 de julho de 2012. Altera Resolução RDC n. 44, de 17 de agosto de 2009 e revoga a Instrução Normativa IN n. 10, de 17 de agosto de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D.F., 27 de julho de 2012.

CAUNTHON, K. A.; BOWMAN, B. J.; GURNEY, M. K. Compounding practices and beliefs of Arizona pharmacists. **International Journal of Pharmaceutical Compounding**, v. 17, p. 154–61, 2013.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 586, de 29 de agosto de 2013. **Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências**. 2013.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 596 de 21 de fevereiro de 2014. **Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares**. 2014.

COOMARASAMY, A.; KHAN, K.S. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. **British Medical Journal**, v. 329, 2004.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M.; RENTERÍA, J. M.; GUIMARÃES, C.A. Revisão Sistemática: Uma Revisão Narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n.6, p. 428-31, 2007.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; RIBEIRO, A. S. C. A farmácia comunitária no Brasil. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. (organizadores). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, p.3-26, 2013.

CORRER, C. J.; ROSSIGNOLI, P.; SOUZA, R. A. P.; PONTAROLO, R. Perfil dos farmacêuticos e indicadores de estrutura e processo em farmácias de Curitiba - Brasil. **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v. 2, n. 1, p. 37-45, 2004.

CORRER, C. J.; ROTTA, I.; OTUKI, M. F. Dispensação de medicamentos isentos de prescrição. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. (organizadores). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, p.152-77, 2013.

DUNCAN-POITIER J.; MOKHIBER, L.H. **Important information regarding medication error prevention and patient counseling, Practice Alerts and Guideline**, 2004. Disponível em:

<<http://www.op.nysed.gov/prof/pharm/pharmcounseling.htm>>. Acesso em: 21/07/2014.

EDWARDS, P.J.; ROBERTS, I.; CLARKE, M.J.; DIGUISEPPI, C.; WENTZ, R.; KWAN, I.; COOPER, R.; FELIX, L.M.; PRATAP, S. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, MR000008, 2009.

EMMERTON, L.; MARRIOTT, J.; BESSELL, T.; NISSEN, L.; DEAN, L. Pharmacists and prescribing rights: review of international developments. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences**, v. 8, p. 217–25, 2005.

FARINA, S. S.; ROMANO-LIEBER, N. S. Drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2009.

FLEET, A.; CHE, M.; MACKAY-LYONS, M.; MACKENZIE, D.; PAGE, S.; ESKES, G.; MCDONALD, A.; BOYCE, J.; BOE, S. Examining the use of constraint-induced movement therapy in canadian neurological occupational and physical therapy. **Physiotherapy Canada**, v. 66, p. 60–71, 2014.

FRANÇA FILHO, J.B.; CORRER, C.J.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHORS, A.C.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PONTAROLO, R. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 44, p. 105–13, 2008.

GREENHILL, N.; ANDERSON, C.; AVERY, A.; PILNICK, A. Analysis of pharmacist–patient communication using the Calgary-Cambridge Guide. **Patient Education Counseling**, v. 83, p. 423–31, 2011.

HANNA, L. A.; HUGHES, C. M. First, do no harm: factors that influence pharmacists making decisions about over-the-counter medication. A qualitative study in Northern Ireland. **Drug Safety**, v. 33, p. 245–55, 2010.

HANNA, L. A.; HUGHES, C. M. Pharmacists' attitudes towards an evidence-based approach for over-the-counter medication. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 34, p. 63–71, 2012a.

HANNA, L. A.; HUGHES, C. M. The influence of evidence-based medicine training on decision-making in relation to over-the-counter medicines: a qualitative study. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 20, p. 358–66, 2012b.

HIPÓLITO JUNIOR, E. **Comportamento dos farmacêuticos, indicadores de estrutura e processos das farmácias comunitárias privadas do Estado do Paraná**. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Universidade Federal do Paraná, 2015.

HOLMAN, S. D.; WIETECH, M. S.; GULLARD, A.; PETERSON, J. M. U.S. dental students' attitudes toward research and science: impact of research experience. **Journal of Dental Education**, v.78, p. 334–48, 2014.

HUGHES, C. M.; HAWWA, A. F.; SCULLIN, C.; ANDERSON, C.; BERNSTEN, C. B.; BJÖRNSDÓTTIR, I.; CORDINA, M. A.; DA COSTA, F. A.; DE WULF, I.; EICHENBERGER, P.; FOULON, V.; HENMAN, M. C.; HERSBERGER, K. E.; SCHAEFER, M. A.; SONDERGAARD, B.; TULLY, M. P.; WESTERLUND, T.; MCELNAY, J. C. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. **Pharmacy World & Science**, v. 32, p. 472-87, 2010.

HUSTON, S. A.; PORTER, K. B.; CLEMENTS, T.; SHEPHERD, G. Pharmacists' Attitudes Towards Pediatric Cough and Cold Products and Behind the Counter Status. **The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics**, v. 15, p. 126–37, 2010.

LATIF, A.; BOARDMAN, H. Community pharmacists' attitudes towards medicines use reviews and factors affecting the numbers performed. **Pharmacy World & Science**, v. 30, p. 536-43, 2008.

LUCCHETTA, R. C.; MASTROIANNI, P. C. Assessment of knowledge and behavior of pharmacists with technical responsibility for drugstores. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 3, 2010.

LYNAS, K. Pharmacist prescribing for minor ailments could significantly relieve pressure on ERs, say New Brunswick pharmacists. **Canadian Pharmacists Association**, v. 146, p.70–2, 2013.

MALONE, P.; KIER, K.; STANOVICH, J. **Drug information: a guide for pharmacists**. 4 ed., Mc Graw-Hill: New York, 2011.

MANFREDA, K. L.; BOSNIAK, M.; BERZELAK, J.; HAAS, I.; VEHOVAR, V. Web surveys versus other survey modes - A meta-analysis comparing response rates. **International Journal of Market Research**, v.50, p. 79–104, 2008.

MANSELL, K.; BOOTSMAN, N.; KUNTZ, A.; TAYLOR, J. Evaluating pharmacist prescribing for minor ailments. **International Journal of Pharmacy Practice**, [Epub ahead of print], 2014.

MCCOLL, A.; SMITH, H.; WHITE, P.; FIELD, J. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. **British Medical Journal**, v. 316, p. 361–5, 1998.

MCINTOSH, T.; MUNRO, K.; MCLAY, J.; STEWART, D. A cross sectional survey of the views of newly registered pharmacists in Great Britain on their potential prescribing role: a cautious approach. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 4, p. 656-60, 2011.

MOCZYGEMBA, L. R.; BARNER, J. C.; ROBERSON, K. Texas pharmacists' opinions about and plans for provision of medication therapy management services. **Journal of American Pharmacist Association**, v. 48, p. 38–45, 2008.

NISSEN, L. Pharmacist prescribing: What are the next steps? **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 68, p. 2357–61, 2011.

O'BRIEN, K .S.; BLUMBERG, S.; ENANORIA, W. T. A.; ACKLEY, S.; SIPPL-SWEZEY, N.; LIETMAN, T. M. Antibiotic use as a tragedy of the commons: A cross-sectional survey. **Computational and Mathematical Methods in Medicine**, v. 2014, 2014.

O'DONNELL, C. A. Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: a postal survey. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 10, p.197–205, 2004.

OXFORD. **Oxford Centre for Evidence Based Medicine. Levels of Evidence**. Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acesso em: 02/02/2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução n. 54, de 03 de junho de 1996. Norma técnica que regulamenta a abertura e funcionamento de estabelecimentos farmacêuticos. **Diário Oficial [do] Estado**. Curitiba, P.R., 14 de junho de 1996.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução n. 590, de 05 de setembro de 2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. **Diário Oficial [do] Estado**. Curitiba, P.R., 10 de setembro de 2014.

PAUDYAL, V.; HANSFORD, D.; CUNNINGHAM, S.; STEWART, D. Pharmacy assisted patient self-care of minor ailments: a chronological review of UK health policy documents and key events 1997-2010. **Health Policy**, v. 101, p. 253–9, 2011.

PETERSON, G. M.; JACKSON, S. L.; FITZMAURICE, K. D.; GEE, P. R. Attitudes of Australian pharmacists towards practice-based research. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 34, p. 397-405, 2009.

RUTTER, P.; WADESANGO, E. Does evidence drive pharmacist over-the-counter product recommendations? **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 20, p. 425–8, 2014.

SCHOMMER, J. C.; PLANAS, L. G.; JOHNSON, K. A.; DOUCETTE, W. R. Pharmacist-provided medication therapy management (part 1): provider perspectives in 2007. **Journal of American Pharmacist Association**, v. 48, p. 354–63, 2003.

SCOTT, A.; JEON, S. H.; JOYCE, C. M.; HUMPHREYS, J. S.; KALB, G.; WITT, J.; et al. A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors. **BMC Medical Research Methodology**, v. 11, p. 126, 2011.

SHIH, T. H.; FAN, X. T. Comparing response rates from Web and mail surveys: A meta-analysis. **Field Methods**, v. 20, p. 249–71, 2008.

SILVA, L. R.; VIEIRA, E. M. Pharmacists' knowledge of sanitary legislation and professional regulations. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 429-37, 2004.

SOUZA, S. S. **Farmacêuticos e suas atividades em farmácias comunitárias: uma análise do perfil**. 91f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2012.

TOMASSI, M. H.; RIBEIRO, E. Conhecimentos e atitudes de farmacêuticos em farmácias e drogarias do Butantã-São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 1, p. 125-32, 2012.

VANGEEEST, J. B.; JOHNSON, T. P.; WELCH, V. L. Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: A systematic review. **Evaluation & the Health Professions**, v. 30, p. 303-21, 2007.

WATERFIELD J. **Community Pharmacy Handbook**. 4 ed. London: Pharmaceutical Press, 2008.

YOUNG, J. M.; WARD, J. E. Evidence-based medicine in general practice: beliefs and barriers among Australian GPs. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 7, p. 201–10, 2001.

YOUNG, J. M.; GLASZIOU, P.; WARD, J. E. General practitioners' self ratings of skills in evidence based medicine: validation study. **British Medical Journal**, v. 324, p. 950-1, 2002.

APÊNDICE 3.1 – QUESTIONÁRIO COMPLETO ENVIADO

*Referente a esta Tese questões 1 a 20 e 57 a 66

QUESTIONÁRIO SURVEYMONKEY

OLÁ, SEJA BEM VINDO!

ESTAMOS REALIZANDO UMA PESQUISA COM FARMACÊUTICOS DO PARANÁ QUE TRABALHAM EM FARMÁCIA COMERCIAL OU DROGARIA PRIVADA.

A. VOCÊ TRABALHA EM UMA FARMÁCIA DE DISPENSAÇÃO OU DROGARIA?

() Sim

() Não

Se Sim (Continua o questionário, Questão B)

Se Não (Página de encerramento)

B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ANEXO)

() Concordo

() Não concordo

Se Concordo (Continua o questionário, Questão 1)

Se Não Concordo (Página de encerramento)

DADOS GERAIS

1. Qual seu gênero?

() Masculino

() Feminino

2. Qual sua idade? _____

3. Em que cidade você trabalha? _____

4. Em quantas farmácias/drogarias você trabalha? _____

5. Quantas horas POR SEMANA você trabalha na farmácia/drogaria? (Caso trabalhe em mais de uma farmácia/drogaria considere somente a que você tenha a maior carga horária em serviço)

6. Há quantos anos você trabalha na área do varejo farmacêutico? _____

7. Em que ano você se formou em farmácia? _____

8. Em uma média geral, quantos clientes sua farmácia/drogaria atende por dia? _____

9. Em quantas farmácias/drogarias você já trabalhou desde sua graduação em farmácia? _____

10. Em relação as suas funções na empresa, assinale a(s) alternativa(s) em que você se encaixe melhor:

() Farmacêutico Diretor Técnico

() Farmacêutico Assistente Técnico

() Farmacêutico Substituto

() Farmacêutico Gerente

() Farmacêutico Proprietário

11. Marque a opção referente ao seu grau acadêmico atual:

() Bacharel

() Especialista

() Mestre

() Doutor

12. A sua farmácia/drogaria faz parte de:

- () Rede Local
- () Rede Regional
- () Rede Nacional
- () Farmácia Independente

13. No seu turno de trabalho na farmácia/drogaria, quantos balconistas trabalham com você? _____

14. No seu turno de trabalho na farmácia / drogaria, quantos (as) farmacêuticos (as) trabalham?

- () Apenas um (a) farmacêutico (a), que sou eu.
- () Eu e outros (as) farmacêuticos (as)

15. Sua farmácia/drogaria dispõe de alguma área, não importa o tamanho, onde o cliente possa aguardar sentado para ser atendido?

- () Sim
- () Não

16. Na sua farmácia/drogaria, você dispõe de algum espaço privado ou semiprivado para atendimento sentado de clientes?

- () Sim
- () Não

17. Qual é a área de seu maior interesse quanto ao ramo de farmácias / drogarias?

- () Técnica/Assistencial
- () Administrativa/Gerencial
- () Ambas as áreas

18. Em sua farmácia / drogaria você atua na dispensação de medicamentos atendendo clientes no balcão?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 19). Se Não (Questão 21)

19. Quantos atendimentos no balcão você realiza por dia, em média? _____

20. Em uma média diária, quantas horas você passa atendendo clientes no balcão por dia? ____

21. Pensando em uma semana normal. Em média, quantas horas você gasta por semana realizando atividades relacionadas ao SNGPC? _____

Teoria do Comportamento Planejado

22. Gostaríamos de conhecer sua opinião sobre os Serviços Farmacêuticos. Não há respostas certas ou erradas. Marque a opção que melhor representa sua opinião:

	Concordo Fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Fortemente
A participação dos farmacêuticos na provisão de serviços clínico-assistenciais em farmácias e drogarias é um passo importante para o avanço da profissão como um todo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meus clientes confiariam mais em mim se eu prestasse serviços farmacêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de serviços farmacêuticos provavelmente não será lucrativa para minha farmácia/ drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de serviços farmacêuticos me permitiria promover um atendimento de excelência para meus clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria aumentaria o meu nível de stress no trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prestação de serviços farmacêuticos atrairia mais clientes para minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu envolvimento na prestação de serviços farmacêuticos aumentaria minha satisfação com meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os meus clientes gostariam que eu prestasse serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os médicos aprovariam caso minha farmácia/drogaria prestasse serviços farmacêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu superior na minha farmácia/drogaria me daria apoio caso eu decidisse pela prestação de serviços farmacêuticos em minha loja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros farmacêuticos que eu conheço pretendem oferecer serviços farmacêuticos em suas farmácias/drogarias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. #Continuação# Gostaríamos de conhecer sua opinião sobre os Serviços Farmacêuticos. Não há respostas certas ou erradas. Marque a opção que melhor representa sua

opinião:

	Concordo Fortemente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Fortemente
Os clientes da minha farmácia/drogaria ficariam desapontados se eu não oferecesse serviços farmacêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho de uma equipe de apoio adequada para poder oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim, oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria seria difícil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depende totalmente de mim que serviços farmacêuticos sejam oferecidos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho do tempo necessário para prestar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu terei que oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria a fim de nos manter competitivos no mercado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho de sistema informatizado necessário para oferecer e organizar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu possuo o conhecimento e as habilidades necessárias para prestar serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu trabalho atualmente para garantir que seja estabelecida remuneração adequada pela prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu planejo falar com meu superior da empresa sobre a prestação de serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu pretendo oferecer serviços farmacêuticos em minha farmácia/drogaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SERVIÇOS

23. Você realiza verificação de Pressão Arterial na sua farmácia/drogaria?

() Sim

() Não

Se sim (Questão 24). Se Não (Questão 27)

24. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

25. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 26). Se Não (Questão 27)

26. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

27. Você realiza Teste de Glicemia na sua farmácia / drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 28). Se Não (Questão 31)

28. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

29. Este serviço é cobrado dos clientes?

- Sim
- Não

Se Sim (Questão 30). Se Não (Questão 31)

30. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

31. Você realiza Aplicação de Injetáveis na sua farmácia/drogaria?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 32). Se Não (Questão 35)

32. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

33. Este serviço é cobrado dos clientes?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 34). Se Não (Questão 35)

34. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

35. Você realiza serviço de Inalação / Nebulização na sua farmácia / drogaria?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 36). Se Não (Questão 39)

36. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

37. Este serviço é cobrado dos clientes?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 38). Se Não (Questão 39)

38. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

39. Você realiza serviço de Colocação de Brincos na sua farmácia / drogaria?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 40). Se Não (Questão 43)

40. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

41. Este serviço é cobrado dos clientes?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 42). Se Não (Questão 43)

42. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

43. Você realiza o serviço de verificação da Temperatura Corporal em clientes de sua farmácia/drogaria?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 44). Se Não (Questão 47)

44. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

45. Este serviço é cobrado dos clientes?

- () Sim
- () Não

Se Sim (Questão 46). Se Não (Questão 47)

46. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

47. Você realiza Curativos em clientes de sua farmácia/drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 48). Se Não (Questão 51)

48. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

49. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 50). Se Não (Questão 51)

50. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

51. Você realiza Atendimento Farmacêutico Domiciliar de clientes de sua farmácia / drogaria?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 52). Se Não (Questão 55)

52. Quantos procedimentos deste tipo você realiza por semana, em média? _____

53. Este serviço é cobrado dos clientes?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 54). Se Não (Questão 55)

54. Quanto você cobra por este serviço, em R\$? _____

55. Em sua farmácia/drogaria, você emite Declaração de Serviços Farmacêuticos ao cliente?

() Sim

() Não

Se sim (Questão 56). Se Não (Questão 57)

56. Em média, quantas Declarações de Serviços Farmacêuticos você emite por semana? _____

57. Em relação à sua farmácia/drogaria, considere as afirmações abaixo:

	Sim	Não
Eu disponho de computador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho de internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu disponho de impressora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. Quando você tem uma dúvida ou um problema no seu dia a dia, com que frequência você consulta cada um dos recursos abaixo?

	Nunca	Às vezes	Sempre
Colegas de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livros (ex: DEF e Goodman & Gilman)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indústria (ex: SAC ou Site)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites de busca (ex: google)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANVISA/Vigilância Sanitária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites do CFF e CRF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Você fez algum curso de curta duração para sua atualização nos últimos 12 meses? (Não considerar especializações)

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 60). Se Não (Questão 61)

60. Qual a carga horária total dos cursos de curta duração que você fez nos últimos 12 meses? _____

61. Com relação ao seu conhecimento sobre os termos abaixo, assinale a opção mais adequada:

	Eu não sei o que significa este termo e acho que não seria útil conhecê-lo	Eu não sei o que significa este termo, mas gostaria de saber	Eu tenho alguma compreensão sobre este termo	Eu tenho uma boa compreensão deste termo e poderia explicá-lo a outros
Ensaio clínico randomizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revisão sistemática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metanálise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número necessário tratar (NNT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervalo de confiança (IC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risco relativo (RR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viés de publicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo caso-controle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudo de Coorte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valor de P <0,05	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. Você atende clientes que solicitam indicação de medicamentos no balcão?

() Sim

() Não

Se Sim (Questão 63). Se Não (Questão 64)

63. Quantos atendimentos deste tipo (indicação de medicamentos) você realiza por dia, em média? _____

64. Na sua farmácia ou drogaria, como estão organizados os Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs)?

- () Todos nas gôndolas
 () Todos atrás do balcão
 () Mais na gôndola e menos atrás do balcão
 () Mais atrás do balcão e menos na gôndola

65. Marque os (3) TRÊS principais fatores que você considera importantes no momento de indicar um medicamento ao cliente:

- () Custo do medicamento para o cliente
 () Eficácia do medicamento
 () Minha experiência anterior com o produto
 () A preferência do cliente
 () As reações adversas do medicamento
 () Margem de lucro do produto

66. Marque abaixo sua opinião a respeito da prescrição farmacêutica:

	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo
Os farmacêuticos possuem a capacitação necessária para a prescrição de medicamentos que não exigem receita médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A regulamentação da prescrição farmacêutica é um passo importante para a valorização de toda profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regulamentar a prescrição farmacêutica não seria necessário, pois o farmacêutico sempre pôde indicar medicamentos que não exigem receita médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prescrição farmacêutica não deve existir, pois o profissional que deve prescrever é somente o médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE 3.2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estadual de Ponta Grossa

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Av.: Gen. Carlos Cavalcanti, 4748 CEP: 84030-900 Bloco M, Sala 100

Campus Uvaranas Ponta Grossa Fone: (42) 3220.3108; e-mail: seccoep@uegp.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro(a) Farmacêutico(a),

O(a) sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que faz parte de um projeto de intitulado “Medicamentos isentos de prescrição: pesquisa de evidências”. O objetivo é avaliar atitudes e práticas de farmacêuticos comunitários. Convidamos-lhe a responder o questionário, caso seja farmacêutico(a) que atue em farmácias/drogarias.

O(a) sr.(a) não é obrigado(a) a responder todas as perguntas, e pode desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízo algum. O formulário é anônimo; você não precisará se identificar e asseguramos que o acesso às respostas está reservado estritamente à equipe de pesquisa. Sua participação é voluntária, portanto não receberá recompensa ou gratificação, nem pagará para participar. Será garantido o livre acesso a todas as informações e retirada de dúvidas sobre o estudo, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da participação na pesquisa. Você poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem apresentar justificativas, tendo também todas as dúvidas esclarecidas sobre a sua participação neste trabalho. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com os membros da pesquisa ou com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG.

Estamos contando com apoio do Conselho Regional de Farmácia do Paraná para o acesso aos farmacêuticos do Estado. A pesquisa foi aprovada na Plataforma

Brasil/Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ponta Grossa em 27/06/2013, com parecer n. 316.374.

Ao preencher o formulário, você estará concordando que foi informado(a) sobre o objetivo do estudo e aceitando a participar de forma voluntária.

ATENÇÃO: Você precisa ir até o final do formulário e clicar no botão GRAVAR para ter suas respostas salvas e enviadas para o banco de dados.

Sua participação é muito importante para nós.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Cordialmente,

Gerusa Clazer Halila Possagno

Doutoranda do programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da
Universidade Federal do Paraná

Pesquisador responsável: Gerusa Clazer Halila Possagno (42) 3220-3247
gerusach@hotmail.com

Av. Carlos Cavalcanti, 4748, Farmácia Escola, Ponta Grossa – PR.

Pesquisador corresponsável: Cassyano J. Correr; (41) 3360-4076
cassyano.correr@gmail.com

Av. Pref. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba – PR.

Pesquisador corresponsável: Edson Hipólito Junior; (41) 3360-4076
edsonhipolitojr@gmail.com

Av. Pref. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba – PR.

Comitê de Ética em Pesquisa UEPG campus Uvaranas, Bloco M, sala 100; Telefone:
(42) 3220-3108.

CAPÍTULO 4: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E DO COMPORTAMENTO DOS FARMACÊUTICOS DURANTE A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA CIDADE NO ESTADO DO PARANÁ

4.1 CONTEXTO

Segundo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a dispensação é definida como o:

“Ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.” (Brasil, 2001).

No processo da dispensação, juntamente com a entrega do medicamento, é fundamental garantir que este seja utilizado corretamente pelo paciente. Neste contexto, a informação prestada ao paciente, no ato da dispensação, chega a ser tão ou mais relevante que o medicamento recebido (PEPE; CASTRO, 2000).

Sendo assim, o papel do farmacêutico comunitário envolve mais do que simplesmente dispensar medicamentos. Envolve identificar, prevenir e resolver problemas relacionados aos medicamentos, bem como encorajar o seu uso, promover ações em saúde e educação que melhorem os desfechos clínicos (GOKCEKUS *et al.*, 2012).

A dispensação de medicamentos está elencada como um dos seis macrocomponentes da prática profissional para o exercício da Atenção Farmacêutica no Brasil, segundo a proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (IVAMA *et al.*, 2002). Além da dispensação, estão relatados: educação em saúde; orientação farmacêutica; atendimento farmacêutico; acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico e o registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

Uma prática muito comum no Brasil é a indicação de medicamentos, diante dos transtornos menores. O termo “indicação farmacêutica” é uma tradução literal do correspondente espanhol “*indicación farmacêutica*” (CORRER; ROTTA; OTUKI, 2013): serviço prestado pelo farmacêutico ante a demanda de um paciente sobre o medicamento mais adequado para um problema de saúde concreto, cujo tratamento não requer uma prescrição médica (FERRER-LÓPEZ *et al.*, 2007).

Além da dispensação de medicamentos, as drogarias podem prestar serviços farmacêuticos, como a Atenção Farmacêutica (AF) e a perfuração de lóbulo auricular. Como parte de serviço de AF, é possível realizar a aferição de parâmetros fisiológicos (verificação de pressão arterial e temperatura corporal) e bioquímico (determinação da glicemia capilar) visando subsidiar informações sobre o estado de saúde do paciente, situações de risco e permitir o acompanhamento e avaliação da efetividade do tratamento prescrito (BRASIL, 2009a). No Estado do Paraná, a resolução nº 590 de 2014, estabelece que a prestação de serviços farmacêuticos deve ser realizada em sala exclusiva e com os equipamentos devidamente necessários (PARANÁ, 2014).

Sob este aspecto, avaliar o conhecimento dos farmacêuticos que atuam em drogarias possibilita verificar se esses profissionais possuem subsídios para a realização adequada da dispensação e da Atenção Farmacêutica. Da mesma forma, a verificação das condutas adotadas pelos farmacêuticos em seu ambiente de trabalho possibilita a identificação das variáveis que interferem sobre a realização desses serviços, conduzindo a uma reflexão em torno das mudanças necessárias à profissão farmacêutica.

4.2 OBJETIVOS

4.2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento e o comportamento dos profissionais farmacêuticos na dispensação de medicamentos em drogarias do município de Ponta Grossa – Paraná.

4.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos farmacêuticos que atuam em drogarias na cidade de Ponta Grossa, Paraná;
- Verificar o conhecimento e a conduta dos farmacêuticos sobre a dispensação de medicamentos;
- Avaliar o conhecimento e a conduta dos farmacêuticos para a prestação do serviço de Atenção Farmacêutica.

4.3 MATERIAL E MÉTODOS

Um estudo observacional transversal, descritivo, foi realizado no município de Ponta Grossa, Paraná, no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, junto aos farmacêuticos que atuam em drogarias.

Ponta Grossa é um município brasileiro localizado no centro do Estado do Paraná, distante 103 quilômetros da capital Curitiba, com uma população de 311.611 habitantes, segundo o censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

4.3.1 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um Instrumento (APÊNDICE 4.1) desenvolvido pelo Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica (CPAFF) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FCFRP-USP).

Nesse instrumento constam 47 perguntas objetivas, divididas em três domínios: A. Dados Gerais; B. Conhecimento; C. Comportamento. Os dados gerais coletados referem-se ao farmacêutico e a empresa onde ele trabalha. O domínio conhecimento possui questões relacionadas a atualização profissional, busca de informações e legislação relacionada à dispensação de medicamentos. Com relação ao comportamento, foram abordadas as atitudes do profissional em determinadas situações comuns no cotidiano das drogarias e a prestação de serviços farmacêuticos.

A equipe que desenvolveu o questionário, no ano de 2012, submeteu-o a um processo de validação e, em seguida, a um estudo piloto com o objetivo de eliminar possíveis variáveis de confundimento para os sujeitos da pesquisa e observar se a abordagem dos mesmos também não gerava vieses.

4.3.2 COLETA DE DADOS

O Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná (CRF-PR) forneceu os endereços das farmácias do município de Ponta Grossa (informação pessoal)², o qual possuía no ano de 2013, 159 farmácias, empregando 237 farmacêuticos. Destas, uma é farmácia beneficente que dispensa medicamentos gratuitamente mediante apresentação da prescrição; duas atendem somente por meio remoto, mediante solicitação do paciente; dezesseis são farmácias públicas e dezesseis são farmácias de manipulação. Desta forma, estabelecimentos que não se enquadravam como drogarias por não constituírem empresas, manipular fórmulas ou não comercializar medicamentos industrializados foram excluídos. Portanto, a amostra do estudo era composta por 124 drogarias.

Uma equipe composta por 14 pessoas foi treinada pela pesquisadora responsável pelo município (G.C.H), a fim de se evitar vieses, para visitar as drogarias, em horários aleatórios. Apenas um farmacêutico de cada drogaria foi convidado a participar da pesquisa. Os profissionais incluídos no estudo poderiam ser responsáveis técnicos, substitutos, assistentes (folguistas), gerentes ou proprietários dos estabelecimentos visitados.

Ao chegar à drogaria, o pesquisador responsável pela coleta de dados se dirigiu ao proprietário e/ou gerente, fez sua apresentação pessoal, explicou sobre a pesquisa e os objetivos do estudo, solicitando autorização para realizar a coleta de dados no estabelecimento. O convite de participação aos profissionais somente foi realizado após autorização de um dos responsáveis pela farmácia, mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4.2). Nos casos em que o farmacêutico não estava presente no estabelecimento, o pesquisador registrou a ocorrência e fez uma nova visita à drogaria posteriormente. As drogarias que não contavam com a presença do farmacêutico mesmo após uma segunda visita do pesquisador ao estabelecimento foram excluídas do estudo.

Após aceitar participar da pesquisa mediante à assinatura de um TCLE (APÊNDICE 4.3), o farmacêutico recebeu o Instrumento para o preenchimento das respostas, sendo orientado a respondê-lo naquele momento, sozinho e sem consultar qualquer material de auxílio. Finalizado o preenchimento do Instrumento, o

² CRF-PR. Informações. Mensagem recebida por gerusach@hotmail.com em 29 de agosto de 2013. Dados relativos a 2013.

farmacêutico recebeu um envelope no qual foram depositadas as folhas com as respostas. O mesmo foi lacrado para ser entregue ao pesquisador, visando assegurar ao participante o sigilo das informações fornecidas.

4.3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados utilizando o software Epi Info™ (versão 3.5.4) e a digitação das informações obtidas foi realizada em duplicata e independentemente por dois pesquisadores, eliminando assim vieses do processo de tabulação das informações.

Os dados obtidos foram avaliados e interpretados com auxílio do *software* SPSS® for Windows (SPSS Inc., versão 22.0, 2013). Uma vez que os dados não possuem distribuição normal, testes não paramétricos foram utilizados para verificar a associação entre as respostas e informações demográficas com um nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$). Os gráficos foram construídos no graphPad PRISM® (versão 5.00).

Seis perguntas do questionário avaliavam o conhecimento dos farmacêuticos para a dispensação de medicamentos, o qual foi classificado como insatisfatório (0-2 acertos), regular (3-4 acertos) e satisfatório (5-6 acertos). Com relação ao serviço de Atenção Farmacêutica, o conhecimento foi considerado satisfatório nos casos em que os participantes acertaram a definição dessa prática clínica e insatisfatório quando não respondiam ou marcavam uma alternativa errada.

No instrumento de coleta de dados havia questões com uma única alternativa correta e outras que permitiam múltiplas respostas. Por esse motivo, foi possível observar na análise dos resultados questões em que o somatório das respostas excedeu 100%.

4.3.4 PRECEITOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FCFRP-USP), sob o parecer número 114.532/2012.

4.4 RESULTADOS

A equipe de pesquisa visitou as 124 farmácias componentes da amostra, entretanto, em duas o farmacêutico não estava, cinco estavam fechadas (mesmo após a segunda visita) e em treze o farmacêutico não aceitou participar ou o gerente não permitiu a realização da pesquisa no estabelecimento, pois o mesmo não queria “se comprometer”. Como somente um farmacêutico de cada drogaria participou da pesquisa, foram aplicados 104 questionários (taxa de resposta de 83,9%). Embora os farmacêuticos fossem orientados a responder todas as questões, no momento da tabulação dos dados verificou-se que algumas estavam sem resposta.

A idade média dos respondentes é de 34,1 anos (DP=10,03), com idades variando entre 22 e 61 anos (mediana 30, intervalo interquartil 25,3 – 41,5). A tabela 4.1 apresenta o perfil dos farmacêuticos e informações ocupacionais sobre os participantes do estudo.

TABELA 4.1 - DADOS GERAIS DOS FARMACÊUTICOS PARTICIPANTES DO ESTUDO (n=104)

Características	n (%)
<u>Gênero</u>	
Masculino	34 (32,7%)
Feminino	70 (67,3%)
<u>Tempo em que trabalha na empresa</u>	
< 1 ano	27 (26%)
1 - 10 anos	59 (56,7%)
> 10 anos	18 (17,3%)
<u>Ocupação na empresa</u>	
Responsável técnico	58 (55,8%)
Substituto	14 (13,5%)
Assistente (ou folguista)	7 (6,7%)
Gerente	21 (20,2%)
Proprietário	25 (24%)
<u>Atividades realizadas após a graduação</u>	
Congressos e cursos de curta duração	49 (47,1%)
Aprimoramento	7 (6,7%)
Residência multiprofissional	1 (1%)
Especialização	47 (45,2%)
Mestrado/doutorado	3 (2,9%)
Outro	8 (7,7%)
Nenhum	16 (15,4%)

A figura 4.1, abaixo demonstrada, retrata a classificação administrativa das farmácias onde os farmacêuticos participantes da pesquisa trabalham.

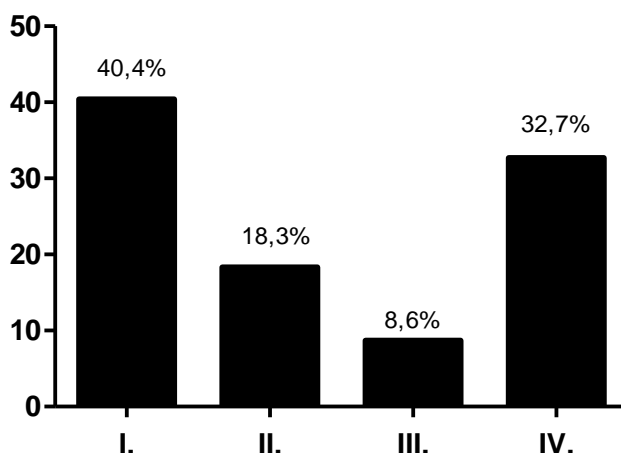


FIGURA 4.1 – CLASSIFICAÇÃO ADMINISTRATIVA DOS ESTABELECIMENTOS (n=104)

Legenda: I. Rede: estabelecimentos vinculados a uma rede de drogarias com administração centralizada; II. Franquias: estabelecimentos vinculados a uma rede de drogarias, mas com administração independente; III. Matriz e filiais: mais de um estabelecimento, sem vínculo a rede de drogarias; IV. Independente: estabelecimentos constituídos apenas pela matriz e sem vínculo a uma rede de drogarias.

As instituições públicas foram responsáveis pela graduação de 57,3% (59/103) dos farmacêuticos participantes, sendo o currículo generalista o mais prevalente [56,3% (58/103)] (FIGURA 4.2). Um dos respondentes, embora farmacêutico, assinalou ter outro tipo de formação, diferente das opções apresentadas, entretanto, não especificou qual seria. Observou-se que mais da metade dos respondentes [57,1% (56/98)] terminou a graduação a partir de 2007.

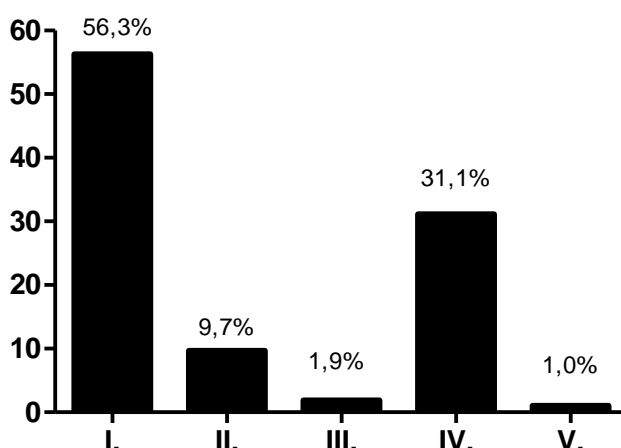


FIGURA 4.2 – FORMAÇÃO CURRICULAR DOS FARMACÊUTICOS PARTICIPANTES (n=103)
 Legenda: I. Generalista; II. Sem habilitação; III. Habilitação em indústria; IV. Habilitação em bioquímica; V. Outro.

Após a graduação, somente 47,1% (49/104) dos farmacêuticos participaram de congressos e cursos de curta duração. Neste contexto, 56,7% (59/104) relataram não receber dispensa ou relaxamento no horário de trabalho para a realização de cursos de reciclagem ou aperfeiçoamento. Ainda, somente 6,7% (7/104) afirmaram receber apoio financeiro para as despesas relacionadas com estes cursos.

A mediana do tempo de experiência dos farmacêuticos na dispensação de medicamentos foi de 8,0 anos (intervalo interquartil 4 – 15), considerando também estágios acadêmicos. Verificou-se que 82,7% (86/104) dos farmacêuticos apresentam como única fonte de renda a remuneração obtida na drogaria e que trabalham uma mediana de 44 horas semanais (intervalo interquartil 43,25 – 48). Quando questionados a respeito de outras atividades além da farmácia, 3 profissionais relataram trabalhar em laboratório de análises clínicas e 7 atuam como professores, seja em escola de ensino médio ou curso profissionalizante.

A maioria dos participantes alegou receber comissão sobre as vendas [57,8% (59/102)], sendo que 55,8% (58/104) dos farmacêuticos recebem sobre a venda de genéricos e/ou similares e 8,7% (9/104) sobre a venda de medicamentos de referência, dermocosméticos e/ou correlatos. O recebimento de comissão está menos presente entre os farmacêuticos que trabalham em farmácias independentes em relação às demais (chi=22,586; p<0,05). Ainda, 47,6% (41/86) dos farmacêuticos recebem algum tipo de benefício, tais como vale refeição e vale transporte, sendo

esta prática significativamente menos comum nas farmácias independentes ($\chi^2=16,245$; $p<0,05$).

Os farmacêuticos foram solicitados a assinalar as alternativas correspondentes aos recursos consultados para busca de informações sobre medicamentos em seu cotidiano (FIGURA 4.3). Os participantes que assinalaram a alternativa “outros”, relataram: consulta ao Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM) do CRF-PR; solicitação de informação ao laboratório fabricante do medicamento e busca ao *Medline*, via Pubmed.

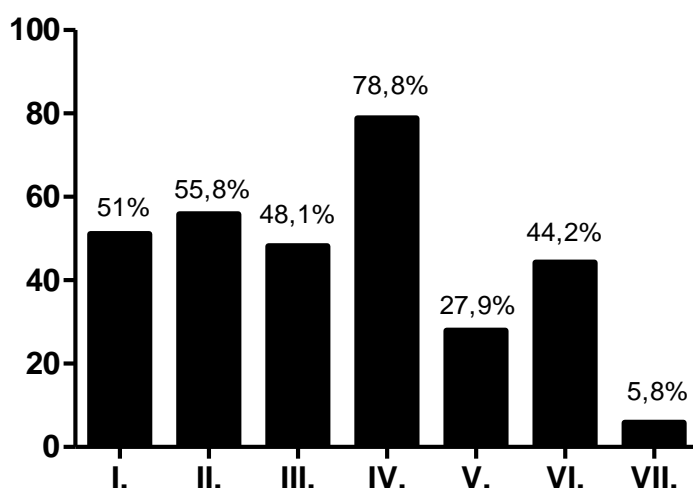


FIGURA 4.3 – RECURSOS UTILIZADOS PARA CONSULTAR INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS MEDICAMENTOS

Legenda: I. Informativos enviados pelos Conselhos Federal e Regional de Farmácia;

II. Fontes como Bulário Eletrônico da Anvisa e Martindale;

III. Sites como Google e Wikipedia;

IV. Livros como Guia de Remédios, P.R. Vademécum e Dicionário de Especialidades Farmacêuticas;

V. Livros técnicos e científicos;

VI. Conversa com outros profissionais;

VII. Outros.

Com relação às principais dificuldades apontadas pelos participantes para a orientação dos pacientes, destacam-se: informar sobre interações medicamentosas [39,4% (41/104)], mecanismos de ação dos fármacos [25% (26/104)] e eventos adversos [22,1% (23/104)]. Os farmacêuticos acreditam que isso se deva principalmente à não realização de atividades de aperfeiçoamento [28,8% (30/104)] e à formação acadêmica insuficiente [15,4% (16/104)]. Outros motivos foram apontados por 20,2% (21/104) dos farmacêuticos, como o baixo nível cultural e

difficuldade de entendimento dos pacientes e a grande quantidade de medicamentos existentes na atualidade. Por outro lado, 26% (27/104) dos respondentes relataram não ter dificuldades durante a orientação de pacientes.

Algumas questões abordavam o conhecimento dos farmacêuticos acerca da dispensação de medicamentos (FIGURA 4.4). De maneira geral, 16,3% (17/104) apresentaram conhecimento insatisfatório (0 a 2 acertos); 49% (51/104) demonstraram conhecimento regular (3 a 4 acertos) e 34,6% apresentaram conhecimento satisfatório (5 a 6 acertos). Variáveis independentes como realização de atividades de pós-graduação, cargo ocupado, classificação da farmácia, assim como a instituição de ensino na qual o farmacêutico havia se formado, não mostraram relação estatisticamente significativa com o índice de acertos das questões relacionadas ao conhecimento.

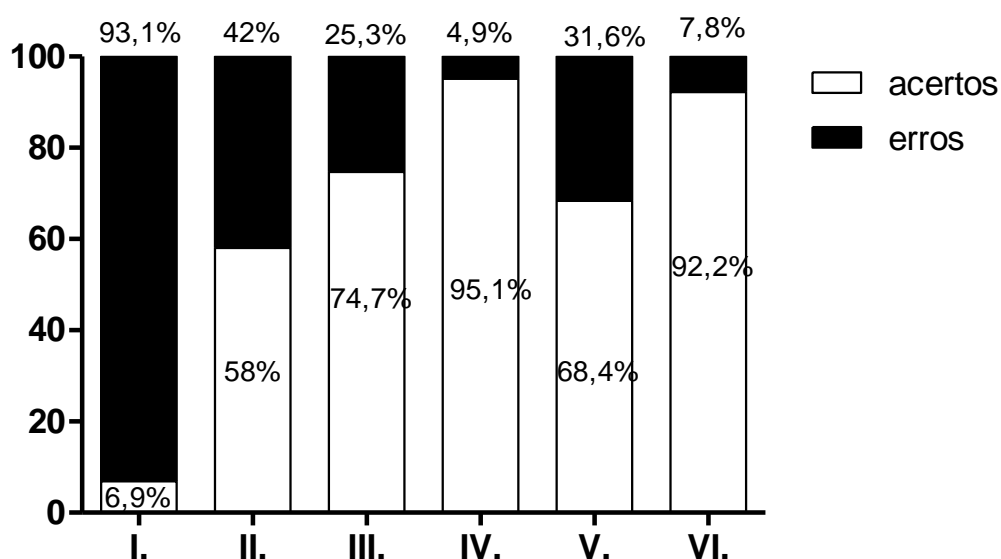


FIGURA 4.4 – RESPOSTAS DOS FARMACÊUTICOS PARA AS QUESTÕES QUE AVALIAVAM O CONHECIMENTO PARA A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Legenda: I. Aplicação de injetáveis; II. Dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial; III. Dispensação de antimicrobianos; IV. Dispensação de anorexígenos; V. Orientação sobre a utilização de medicamentos; VI. Descarte de medicamentos.

A orientação de pacientes no balcão demonstrou ser uma atividade realizada com muita frequência por 89,5% (93/104) dos farmacêuticos e que demanda muito tempo para 51% deles. Com relação à dispensação de medicamentos, os

farmacêuticos foram solicitados a assinalar a alternativa que mais se aproximasse à sua conduta. Os resultados estão apresentados na figura 4.5. Não houve relação significativa entre as variáveis sexo, tipo de instituição de formação, classificação da farmácia e conduta dos profissionais.

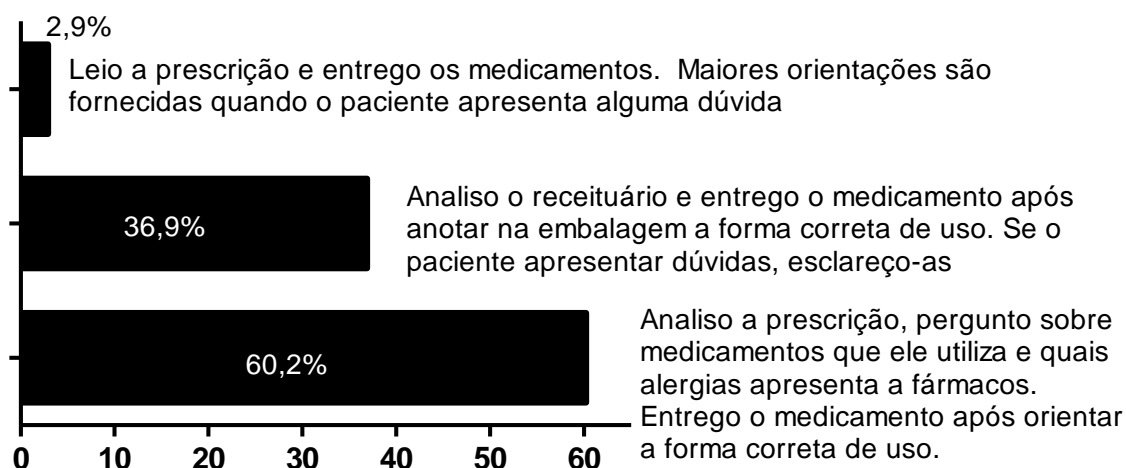


FIGURA 4.5 – CONDOTA APRESENTADA PELOS FARMACÊUTICOS DURANTE A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Quando questionados sobre as orientações prestadas no momento da dispensação, os resultados foram: 97,1% (101/104) informam a posologia; 73,1% (76/104) falam sobre prováveis reações adversas; 72,1% (75/104) alertam sobre possíveis interações com alimentos e/ou medicamentos e 49% (51/104) informam o paciente sobre a conservação do medicamento.

Ainda com relação ao atendimento de pacientes, os farmacêuticos foram questionados sobre a intercambialidade de um medicamento de referência prescrito: 76,9% (80/104) substituiriam por um medicamento genérico; 19,2% (20/104) realizariam a substituição por genérico ou similar; enquanto que 2,9% (3/104) não realizariam a substituição. Não houve relação significativa entre as variáveis classificação das farmácias e a conduta adequada perante a intercambialidade ($p=0,054$).

No tocante à indicação de medicamentos, a maioria [54,9% (56/102)] afirmou indicar MIPs para transtornos menores, enquanto que 42,2% (43/102)

indicam MIPs e medicamentos tarjados para estas situações. Uma pequena parcela dos participantes [2,9%(3/102)] demonstrou indicar MIPs e tarjados para transtornos menores e maiores. Não houve diferença significativa entre a conduta dos farmacêuticos que trabalham em farmácias independentes em relação às demais farmácias ($p=0,540$).

Com relação à esta prática, os participantes deveriam assinalar com qual frequência costumam indicar os medicamentos listados (TABELA 4.2). As farmácias independentes apresentam um maior escore de indicações incorretas, isto é, indicam medicamentos que requerem prescrição médica ou odontológica, como anti-hipertensivos, antilipêmicos e antidiabéticos ($p=0,043$).

TABELA 4.2 – FREQUÊNCIA COM A QUAL OS MEDICAMENTOS SÃO INDICADOS PELOS FARMACÊUTICOS

Medicamentos	Sempre n (n%)	Às vezes n (n%)	Nunca n (n%)
Analgésicos	86 (83,5%)	16 (15,5%)	1 (1%)
Antiácidos	54 (51,9%)	48 (46,2%)	2 (1,9%)
Antibióticos	-	11 (11%)	89 (89%)
Antidiabéticos	1 (1%)	5 (5,1%)	93 (93,9%)
Antieméticos	29 (29%)	65 (65%)	6 (6%)
Anti-helmínticos	35 (34,3%)	55,8 (56,9%)	9 (8,8%)
Anti-hipertensivos	-	3 (3,1%)	93 (96,9%)
Anti-histamínicos	37 (35,9%)	58 (56,3%)	8 (7,8%)
Anti-inflamatórios	49 (47,1%)	50 (48,1%)	5 (4,8%)
Antilipêmicos	-	11 (11,2%)	87 (88,8%)
Laxantes e purgativos	21 (20,8%)	74 (73,3%)	6 (5,9%)
Polivitamínicos	58 (56,9%)	43 (42,2%)	1 (1%)
Antigripais	80 (76,9%)	23 (22,1%)	1 (1%)
Antitussígenos	66 (63,5%)	37 (35,6%)	1 (1%)

Além da dispensação de medicamentos, algumas drogarias vendem outros produtos, como biscoitos, doces, refrigerantes e secadores de cabelo [43,3% (45/104)], inseticidas [5,8% (6/104)] e produtos veterinários [1%(1/104)]. A presença destes produtos para venda foi estatisticamente maior nas farmácias de rede em relação às independentes ($p<0,05$). Em 38,5% das farmácias, estes produtos não eram comercializados. Dos participantes, 63,6% (49/77) concordam com a venda de

produtos alheios em drogarias, desde que a empresa tenha autorização legal para comercializá-los.

Com relação à prestação de serviços farmacêuticos na farmácia em que trabalham, os resultados foram: verificação de parâmetros bioquímicos [62,5% (65/104)]; verificação de parâmetros fisiológicos [67,3% (70/104)]; administração de medicamentos [76,9% (80/104)]; perfuração de lóbulo auricular [56,7% (59/104)] e Atenção Farmacêutica [84,6% (88/104)]. Ressalta-se que 5,8% (6/104) dos farmacêuticos afirmaram que o serviço de AF é também prestado por funcionários da farmácia. Mais da metade dos respondentes (58,7%) afirmou emitir Declaração de Serviços Farmacêuticos (DSF). Por outro lado, 9,6% (10/104) declararam que os serviços apresentados no instrumento não são realizados na farmácia onde trabalham.

Sobre o serviço Atenção Farmacêutica (AF), os farmacêuticos foram solicitados a assinalar a opção que melhor apresentasse sua definição. A opção correta foi assinalada por 65% (67/103) dos respondentes, demonstrando conhecimento satisfatório: “Prática profissional que busca obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida através do acompanhamento farmacoterapêutico sistemático do paciente”. Os demais marcaram como resposta correta o conceito de Assistência Farmacêutica ou o fato de atender os pacientes no balcão com mais atenção, de modo com que o serviço seja mais humanizado.

Aproximadamente a metade dos participantes [49,5% (50/101)] afirmou prestar este serviço, entretanto em 83,7% das farmácias ele não consta no Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e em 95,2% dos casos não são feitos registros em cada consulta. 18,3% dos farmacêuticos afirmaram receber os pacientes em espaço reservado do balcão, permitindo conhecer melhor o paciente, entretanto, nenhum dado é registrado, buscando assegurar o sigilo do paciente. Para 70,2% dos participantes o serviço de AF atrai clientes e para 52,9% favorece o aumento das vendas.

Sobre a estrutura física da farmácia, mais da metade (61,5%) julga dificuldade no atendimento individualizado de pacientes, pela falta de espaço reservado para a prestação do serviço. Além disso, 19,2% consideram que o estabelecimento não oferece condições para o atendimento individualizado, pela falta de materiais como computador, internet e livros para consulta. Por outro lado,

27,9% acreditam que seu local de trabalho favorece um atendimento sigiloso e confortável, em termos de espaço e recursos materiais.

Quando questionados sobre como os atendentes aprendem a entregar adequadamente os medicamentos, 81,7% (85/104) dos participantes afirmaram que os mesmos recebem treinamentos regulares pelos farmacêuticos.

Ao avaliarem sua atuação profissional enquanto agentes de saúde, comprometidos com o sucesso da farmacoterapia e qualidade de vida do pacientes, os farmacêuticos poderiam assinalar mais de uma alternativa. Menos da metade (43,3%) se consideram realizados, enquanto que a maioria sente a necessidade de melhorar sua atuação diante do paciente, conforme a figura 4.6 abaixo demonstrada.

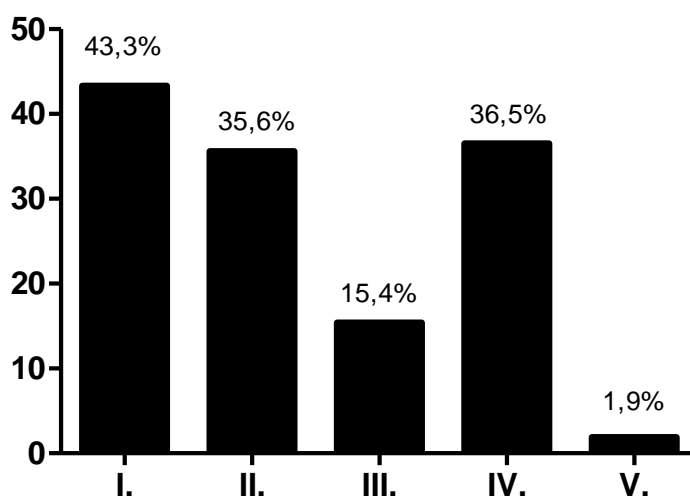


FIGURA 4.6 – AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS FARMACÊUTICOS ENQUANTO AGENTES DE SAÚDE

Legenda: I. Realizado; II. Preciso melhorar no que diz respeito ao conhecimento relacionado aos medicamentos e à legislação; III. Preciso melhorar no que diz respeito ao seguimento correto da legislação; IV. Preciso melhorar quanto à orientação do paciente e o acompanhamento do tratamento medicamentoso; V. Péssimo.

4.5 DISCUSSÃO

Este é o primeiro trabalho realizado na cidade de Ponta Grossa, Paraná, avaliando o conhecimento e o comportamento dos farmacêuticos durante a dispensação de medicamentos. A farmácia é a interface da profissão que é exclusiva do farmacêutico, uma vez que em outras áreas é possível encontrar profissionais com formação distinta. Isto reforça a importância de estudos neste campo, visando aprimorar a atuação do farmacêutico.

No ano de 2013, havia na cidade de Ponta Grossa 159 farmácias, segundo o Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR), empregando 237 farmacêuticos. Como o foco deste trabalho eram somente as drogarias, a amostra era composta por 124 estabelecimentos. De acordo com o conceito, drogaria é um estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais (CFF, 2001; BRASIL, 2014a).

O grupo de pesquisa que desenvolveu o instrumento utilizado neste trabalho já realizou a sua aplicação em quatro cidades brasileiras, Ribeirão Preto (SP), Araraquara (SP), Londrina (PR) e Alfenas (MG) (REIS, 2013). Além disso, outros pesquisadores estão realizando este inquérito nas cidades de Teresina (PI) e Aracaju (SE). Futuramente, pretende-se reunir os resultados de todas as cidades para que sejam comparados, obtendo-se as devidas considerações.

A taxa de resposta obtida na cidade de Ponta Grossa (83,9%) foi superior ao estudo de Reis (2013) utilizando o mesmo instrumento, e ao estudo realizado por Tomassi e Ribeiro (2012), com valores variando entre 16,1 e 35%. A participação dos farmacêuticos foi semelhante aos estudos realizados por Silva e Vieira (2004), Farina e Romano-Lieber (2009), Lucchetta e Mastroianni (2010), que reportaram valores entre 76,3 e 86,5%. Estudos relatando a aplicação de questionário, porém, enviados via *on-line*, apresentam taxas de resposta inferiores, conforme demonstrado por Schommer *et al.* (2003), Moczygemba, Barner e Roberson (2008), McIntosh *et al.* (2011) e O'Brien *et al.* (2014), com valores entre 9,9 e 25,2%.

Interessante perceber que a aplicação do mesmo questionário obteve taxas de respostas tão distintas, comparando a cidade de Ponta Grossa com Londrina, Araraquara, Alfenas e Ribeirão Preto (REIS, 2013), uma vez que a metodologia de

abordagem foi padronizada. Isto leva a crer que os farmacêuticos participantes deste trabalho reconhecem a importância de pesquisas na área da farmácia e, mesmo com diversas atividades a serem realizadas, aceitaram participar da pesquisa.

A maior parte dos participantes é do gênero feminino, semelhante ao observado em outros estudos (CORRER *et al.*, 2004; SILVA; VIEIRA, 2004; FRANÇA-FILHO *et al.*, 2008; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; MCINTOSH *et al.*, 2011; TOMASSI; RIBEIRO, 2012; REIS, 2013). Segundo Petris (1999), este predomínio do gênero feminino caracteriza a feminilização da profissão farmacêutica, o que também é observado em outras profissões. A idade média dos participantes (34,1 anos) é semelhante à idade encontrada nas outras quatro cidades onde o mesmo questionário foi aplicado (33,4 anos) (REIS, 2013).

Com relação à ocupação na empresa, um quarto dos respondentes é o proprietário da farmácia, assim como observado nos estudos de Tomassi e Ribeiro (2012) e Reis (2013). Embora no Brasil não exista a obrigatoriedade de que as farmácias sejam de propriedade de farmacêuticos, acredita-se que este seria o cenário ideal para que o estabelecimento atue realmente em prol da saúde do paciente.

Diferentemente do estudo realizado por Tomassi e Ribeiro em 2012, além das farmácias independentes, participaram do estudo farmacêuticos atuantes em farmácias de rede, franquias e farmácias que possuíam filiais. Desta forma, com relação à classificação administrativa dos estabelecimentos farmacêuticos (FIGURA 4.1), observou-se que somente um terço dos participantes trabalha em farmácia independente, o que pode ser atribuído ao fato do município de Ponta Grossa estar em expansão e ter recebido grandes redes de farmácias nos últimos anos. Além disso, a concorrência com as redes, muitas vezes, dificulta a manutenção de farmácias independentes no mercado. Em um estudo realizado em 2010, os farmacêuticos que trabalham em farmácias independentes também tiveram uma participação menos expressiva (HUSTON *et al.*, 2010).

Sob este aspecto, em relação ao estudo de Reis (2013), analisando as quatro cidades separadamente, verificou-se que a cidade de Londrina teve distribuição semelhante ao do presente estudo. Por outro lado, nas demais cidades (Alfenas, Araraquara e Ribeirão Preto) a maior parte dos farmacêuticos trabalhava em farmácias independentes. O mesmo foi observado no estudo de Farina e Romano-Lieber (2009), realizado na cidade de Jundiaí (SP), em que 87,2% dos

participantes eram de farmácias independentes. Jundiaí e Ponta Grossa apresentam número de habitantes aproximado, portanto, seria possível esperar que a classificação administrativa das farmácias dos respondentes fosse semelhante. O que pode ter influenciado, em parte, esta diferença é o fato de que a pesquisa em Ponta Grossa foi realizada entre 2013 e 2014, e a de Jundiaí em 2009.

O município de Ponta Grossa possui o curso de graduação em Farmácia em duas instituições, uma pública (a Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG) e outra privada (Faculdades Ponta Grossa). Na UEPG, a abertura do curso de Farmácia foi no ano de 1952, inicialmente formando farmacêuticos que poderiam seguir a habilitação em análises clínicas (referida no questionário como habilitação em bioquímica). No ano de 2006, formou-se a última turma neste currículo, sendo os demais formados pelo currículo generalista (Conselho Nacional de Educação, 2002). A instituição privada formou a primeira turma no ano de 2009, já no currículo generalista. Portanto, considerando que 57,1% dos respondentes formou-se a partir do ano de 2007, isto justifica o fato de 56,3% ter formação generalista (FIGURA 4.2). Assim como no trabalho de Lucchetta e Mastroianni (2010), mais da metade dos farmacêuticos é formada por instituições públicas, diferente do que foi observado por Farina e Romano-Lieber (2009), Tomassi e Ribeiro (2012) e Reis (2013) onde as instituições privadas formaram entre 72 e 90% dos farmacêuticos entrevistados.

Cerca de 15% dos participantes (TABELA 4.1) relatou não ter feito nenhum curso após a graduação, seja pós-graduação (*lato* ou *stricto sensu*) ou cursos para atualização profissional. Menos da metade dos farmacêuticos (45,2%) fez curso de especialização, resultado superior ao dos estudos de Correr *et al.* (2004), França-Filho *et al.* (2008) e Reis (2013). Ainda, menos da metade dos participantes relatou participação em congressos e cursos de curta duração, possivelmente pela dificuldade de se ausentarem da farmácia e pela falta de incentivo, em termos de auxílio financeiro e flexibilização do horário de trabalho. Lucchetta e Mastroianni (2010) ressaltam a falta de hábito do profissional farmacêutico em busca de reciclagem e informações, pois, geralmente, os congressos para farmacêuticos são mais frequentados por estudantes de graduação e pós-graduação do que pelos profissionais. Vale ressaltar que é fundamental a qualificação do profissional farmacêutico, responsável pela dispensação de medicamentos (NAVES; MERCHAN-HAMANN; SILVER, 2005).

O tempo de experiência na dispensação de medicamentos é curto, o que pode ser atribuído ao fato de muitos farmacêuticos recém formados buscarem seu primeiro emprego em drogarias. Provavelmente, em virtude da carga horária elevada de trabalho, a maioria apresenta como única fonte de renda a remuneração da drogaria. Entretanto, alguns farmacêuticos também trabalham em laboratório de análises clínicas, possivelmente como plantonistas, enquanto que outros atuam como professores.

Mais da metade dos farmacêuticos (57,8%) alegou receber comissão pela venda de medicamentos, principalmente com relação a genéricos e similares, o que é menos observado em farmácias independentes. Provavelmente, por este motivo é que este valor seja superior ao encontrado em outros trabalhos (FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; REIS, 2013), nos quais a maioria dos respondentes trabalha em farmácias independentes.

Com relação a busca de informações sobre medicamentos (FIGURA 4.3), percebe-se que as consultas são realizadas em fontes com baixa evidência científica, fácil acesso e qualidade por vezes questionável (BARROS, 2000). Resultados semelhantes foram demonstrados em outros estudos (CORRER *et al.*, 2004; FRANÇA-FILHO *et al.*, 2008; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; TOMASSI; RIBEIRO, 2012; REIS, 2013). É possível perceber que os farmacêuticos não buscam por trabalhos científicos, talvez porque a maioria deles está publicada em língua inglesa. A familiaridade dos participantes com línguas estrangeiras não foi avaliada. Neste aspecto, é importante ressaltar que as fontes de informação são ferramentas indispensáveis e diretamente ligadas à qualidade das ações de saúde desenvolvidas pelo profissional (FERNÁNDEZ-LLIMÓS, 1999).

Livros organizados pela indústria farmacêutica também são muito utilizados, assim como informativos elaborados pelos conselhos de farmácia. Dentre estes, destaca-se o boletim informativo do Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM) do CRF-PR. O “CIMformando” é enviado trimestralmente para os farmacêuticos cadastrados no conselho com o objetivo de levar aos profissionais informações confiáveis sobre farmacoterapia e novidades sobre medicamentos (CRF-PR, 2015). Além disso, destaca-se a importância dos CIM, que visam equacionar a grande quantidade de informação disponível sobre medicamentos e a aplicação desses conhecimentos à prática clínica (CFF, 2015), utilizando fontes de pesquisa de boa qualidade. Somente um farmacêutico participante deste trabalho

relatou consultar o CIM do CRF-PR, embora esta alternativa não estivesse explícita na questão. Este fato nos remete à uma outra pergunta: Os farmacêuticos não conhecem o CIM ou somente não têm o hábito de consultá-lo em caso de dúvidas sobre medicamentos? O uso deste recurso deveria ser estimulado desde a graduação e, até mesmo, poderia ser implantando em Faculdades de Farmácia no Estado do Paraná, tornando-se um campo de estágio para os acadêmicos. No Brasil, além dos CIM localizados nos conselhos, existem àqueles em faculdades e hospitais (CFF, 2015).

No que diz respeito à orientação de pacientes, alguns profissionais sentem dificuldades em orientar sobre interações medicamentosas e reações adversas. Uns atribuem as dificuldades à falta de aperfeiçoamento após a graduação, à existência de uma grande quantidade de medicamentos e à formação acadêmica insuficiente. Entretanto, a dificuldade de entendimento dos pacientes a respeito da informação passada também foi relatada. Para Silva e Vieira (2004) as faculdades de farmácia provavelmente não fornecem subsídios teóricos básicos e práticos para que os futuros farmacêuticos possam atuar na dispensação de medicamentos. Os autores ainda alertam para o fato de que a formação na área de atenção farmacêutica, durante a graduação e, principalmente, o estágio em farmácia e drogaria seria deficiente. Entretanto, cabe esclarecer que os autores realizaram este trabalho antes da reforma curricular e que os farmacêuticos participantes do estudo não tinham formação generalista, da qual a disciplina específica de Atenção Farmacêutica faz parte.

Sob este aspecto, enfatiza-se que os cursos de aperfeiçoamento são de extrema importância, como forma de educação continuada. Assim, mesmo àqueles profissionais com formação deficiente com relação à Atenção Farmacêutica poderiam adquirir este conhecimento. A I Oficina Nacional de Atenção Farmacêutica aponta problemas como a escassez de oportunidades de educação continuada e a formação excessivamente tecnicista e insipiente na área clínica (OFICINA, 2001).

Ainda neste contexto, o trabalho de Silva e Vieira (2004) aponta para o fato de que os treinamentos e reciclagens na área de dispensação de medicamentos, acompanhados pela supervisão direta e educação continuada, deveriam integrar as propostas de ações das entidades de classe e associações da categoria. Neste âmbito, vale ressaltar que o CRF-PR oferece cursos de atualização em diversas cidades do Estado, divulgados por meio de sua página na internet e *e-mail* aos

farmacêuticos inscritos (CRF-PR, 2015). Um exemplo disto, são os seminários sobre Prescrição Farmacêutica que vem sendo promovidos desde a recente regulamentação desta prática em 2013 (CFF, 2013).

Seis questões do questionário abordavam o conhecimento sobre a dispensação de medicamentos (FIGURA 4.4). Sob este aspecto, a questão que mais teve respostas erradas foi a relativa à aplicação de injetáveis. Grande parte dos profissionais respondeu que esta é uma atividade privativa do farmacêutico, cabendo a ele a execução e responsabilidade. Entretanto, a aplicação de injetáveis pode ser realizada por outro profissional treinado, porém, supervisionado pelo farmacêutico, o qual é o responsável pelo procedimento (CFF, 2008; PARANÁ, 2014). Esta pergunta gerou questionamentos por parte dos respondentes, sendo que alguns alegaram haver mais de uma alternativa correta. Entretanto, o pesquisador responsável não poderia interferir no preenchimento, apenas orientando que havia somente uma resposta.

Da mesma forma, uma parte dos farmacêuticos teve dúvidas com relação à dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial, de prescrições emitidas em outro Estado. De acordo com a Portaria nº 344 de 1998, do Ministério da Saúde, os fármacos contidos na lista C devem ser prescritos em receituário de controle especial, em duas vias, com validade em todo território nacional. Entretanto, os fármacos pertencentes à lista B1 são prescritos em notificação de receita azul, válida somente na unidade federativa em que foi emitida (BRASIL, 1998).

Por outro lado, quase a totalidade dos respondentes acertou as questões que versavam sobre a dispensação de anorexígenos e o manejo correto no descarte de medicamentos, assinalando que os mesmos devem ser descaracterizados e encaminhados para incineração. A grande margem de acertos sobre os anorexígenos pode ser justificada pelo fato de que, além de serem medicamentos sujeitos a controle especial, houve uma ampla discussão acerca da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 52 de 2011. Esta resolução proíbe a comercialização dos fármacos mazindol, femproporex e anfepramona, e estabelece critérios para a prescrição e dispensação de sibutramina (BRASIL, 2011a). Entretanto, após a realização desta pesquisa, foi publicada em 2014 a RDC nº 50, que retoma a comercialização dos fármacos anorexígenos anteriormente proibidos, invalidando a resolução de 2011 (BRASIL, 2014b).

De maneira geral, a metade dos participantes apresentou conhecimento regular com relação às questões sobre dispensação de medicamentos, isto é, acertaram de 3 a 4 das 6 questões. Entretanto, este resultado deve ser interpretado com cautela, considerando que o universo da dispensação de medicamentos é muito amplo e que este questionário abordou somente 6 situações. Em comparação com o estudo de Reis (2013), a porcentagem de acertos obtida na cidade de Ponta Grossa foi entre 10 a 20% maior, nas questões sobre dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial, antimicrobianos, anorexígenos e orientação sobre a utilização de medicamentos.

Quase 90% dos farmacêuticos presta, com muita frequência, orientação aos pacientes no balcão. Assim, no que diz respeito à conduta adotada pelos profissionais durante a dispensação de medicamentos mediante apresentação de prescrição (FIGURA 4.5), a maioria (60,2%) assinalou a alternativa referente a um atendimento adequado, com a análise da prescrição, questionamentos sobre uso de medicamentos e possíveis reações alérgicas e orientação sobre a forma correta de uso. Entretanto, esta conduta deveria ser esperada por todos os profissionais, uma vez que a orientação é componente da dispensação de medicamentos.

Com relação a esta questão, é possível que tenha ocorrido uma discrepância entre a prática relatada e a atual. Esta discrepância já foi mencionada na literatura em outros trabalhos (GOKCEKUS *et al.*, 2012; BRATA *et al.*, 2015) e pode ser explicada pelo fenômeno chamado “viés de desejabilidade social”. A desejabilidade social é a tendência de alguns entrevistados relatarem a resposta de uma maneira que consideram socialmente mais aceitável, do que seria a sua resposta verdadeira (CALLEGARO, 2008). Desta forma, é possível imaginar que alguns dos farmacêuticos tenham respondido a alternativa mais adequada por ser o comportamento esperado pelo profissional.

Outra questão sobre a dispensação de medicamentos, simulava um paciente apresentando uma prescrição de medicamento de referência e solicitando sua substituição por outro com o mesmo fármaco. No que diz respeito à intercambialidade de medicamentos, de acordo com a Lei Federal nº 9.787 de 1999, que estabelece o medicamento genérico, é possível a substituição do medicamento de referência por seu genérico correspondente, desde que não haja na receita nenhuma restrição (BRASIL, 1999). A maioria dos farmacêuticos respondeu que a intercambialidade poderia ser realizada com o medicamento genérico

correspondente. Entretanto, parece que alguns farmacêuticos desconhecem esta lei, uma vez que responderam que substituiriam pelo genérico ou similar, ou ainda não realizariam a substituição.

Se esta pesquisa fosse realizada neste ano, esta questão deveria ser interpretada de maneira diferente. Isto porque, alguns meses após a aplicação do questionário, foi publicada a RDC da ANVISA nº 58, de 10 de outubro de 2014, estabelecendo a intercambialidade com medicamento similares (BRASIL, 2014c). Agora, alguns medicamentos de referência são intercambiáveis não somente com o genérico, mas também com o medicamento similar, de acordo com a relação atualizada pela ANVISA, uma vez que tiveram sua bioequivalência comprovada.

Com relação à indicação de medicamentos, o farmacêutico pode indicar os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) para os chamados transtornos menores. Assim, a RDC nº 138 de 2003 estabelece que todos os medicamentos cujos grupos e indicações terapêuticas que estão descritos no anexo da resolução (lista GITE) são de venda sem prescrição (BRASIL, 2003). Pouco mais da metade dos participantes afirmou indicar MIPs para transtornos menores, conforme preconiza a resolução. Entretanto, mais de um terço deles relatou indicar também medicamentos tarjados para estas situações, os quais requerem receita médica ou odontológica.

Observou-se que alguns farmacêuticos indicam medicamentos para doenças crônicas (TABELA 4.2), consideradas transtornos maiores, que requerem um diagnóstico médico prévio. Vale ressaltar ainda, que estes grupos de medicamentos não são encontrados na lista GITE (antidiabéticos, antilipêmicos e anti-hipertensivos) e, portanto, o farmacêutico não poderia indicá-los. Além de que a RDC nº 44 de 2009, em seu artigo 43, estabelece que os medicamentos sujeitos à prescrição somente podem ser dispensados mediante apresentação da respectiva receita (BRASIL, 2009a). Pode ser que este comportamento aconteça em virtude da dificuldade de acesso da população aos serviços médicos e pela posição favorável em que a farmácia comunitária se encontra, para prestar atendimento em saúde.

Constatou-se que os farmacêuticos que trabalham em farmácias independentes apresentam maior escore de indicações incorretas, recomendando medicamentos que não deveriam. Neste caso, é possível considerar que as redes de farmácias estão localizadas próximas ao centro da cidade ou em grandes bairros, onde o serviço médico é mais presente. Portanto, bairros mais afastados, onde por vezes o atendimento médico é mais difícil, concentram mais farmácias com caráter

independente, o que favoreceria a indicação de uma gama maior de medicamentos. A regulamentação da prescrição farmacêutica não foi abordada no questionário.

Uma parte dos farmacêuticos (11%) relatou indicar “às vezes” antibióticos, o que, de acordo com a RDC nº 20, de 5 de maio de 2011, não é permitido (BRASIL, 2011b). Esta resolução estabelece que os antimicrobianos só deve ser dispensados mediante apresentação e retenção da prescrição. Entretanto, a lista GITE traz como grupo terapêutico isento de prescrição “antibacterianos tópicos”, do qual fazem parte a neomicina e a bacitracina (BRASIL, 2003). Por este motivo, interpretar a resposta dos participantes com relação à esta conduta como incorreta é controverso, uma vez que ao responderem que “às vezes” indicam este grupo, poderiam estar se referindo àqueles fármacos permitidos pela resolução.

A venda de produtos alheios à saúde (como doces, refrigerantes e até inseticidas) foi reportada por uma parte dos farmacêuticos, o que é proibido segundo a Instrução Normativa n.º 9 (BRASIL, 2009b). Isto também foi observado nos trabalho de Tomassi e Ribeiro (2012) e Reis (2013). O comércio destes produtos, que também são encontrados em padarias e supermercados, descaracteriza a farmácia como estabelecimento de saúde.

Além da dispensação de medicamentos, a prestação de serviços farmacêuticos é prevista pela RDC nº 44 de 2009. É possível perceber que estes serviços são prestados em grande parte das farmácias e que a emissão da Declaração de Serviços Farmacêuticos, preconizada pela resolução, é feita em mais da metade dos estabelecimentos.

Com relação ao serviço de Atenção Farmacêutica (AF), cerca de dois terços dos farmacêuticos marcaram o conceito correto, o que pode estar relacionado ao fato de que pouco mais da metade dos participantes tem formação generalista. A AF é um modelo de prática profissional recente no cenário brasileiro e foi incluída como disciplina na maioria dos cursos de farmácia com a reforma curricular, que instituiu a formação generalista do farmacêutico (Conselho Nacional de Educação, 2002). Aqueles que marcaram as opções incorretas, confundiram com o conceito de Assistência Farmacêutica ou interpretaram como mera atenção ao receber o paciente. Resultado semelhante foi obtido em um estudo realizado em farmácias no Rio de Janeiro (BASTOS; CAETANO, 2010).

Um fato interessante, é que embora a metade dos farmacêuticos afirme prestar o serviço de AF, cerca de 60% não possuem um espaço reservado para o

atendimento individualizado dos pacientes. Outros trabalhos também relataram ausência de espaço privado ou semiprivado para o atendimento de pacientes na maioria das farmácias (FRANÇA-FILHO *et al.*, 2008; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; TOMASSI; RIBEIRO, 2012; REIS, 2013). Além disso, alguns farmacêuticos relataram a falta de materiais para consulta, como computador, internet e livros. Sob este aspecto, percebe-se que muitas farmácias ainda não estão adaptadas à realidade da prestação deste serviço, visto que menos de um terço delas possui um ambiente adequado para um atendimento sigiloso, confortável e com disponibilidade de recursos materiais. Este fato, além de ser uma barreira à prestação do serviço, pode desestimular o farmacêutico. As condições de trabalho, em especial para a prestação da AF, também foram consideradas insatisfatórias no estudo de Bastos e Caetano (2010).

Além disso, quase a totalidade dos farmacêuticos assume não registrar os dados da consulta. De acordo com a proposta do consenso brasileiro de AF, o registro sistemático das atividades (juntamente com a mensuração e avaliação dos resultados) é um dos macrocomponentes da prática profissional para o exercício da AF (IVAMA *et al.*, 2002). Ainda, de acordo com a RDC nº 44, as ações relacionadas à AF devem ser registradas de modo a permitir a avaliação de seus resultados, cuja metodologia utilizada deve estar descrita em um Procedimento Operacional Padrão (BRASIL, 2009a), o que não acontece em mais de 80% dos casos.

Entretanto, o que mais chama a atenção, é que alguns farmacêuticos alegaram que este serviço é prestado por funcionários da farmácia, sendo que este é um ato privativo do farmacêutico. Realmente, é possível perceber que alguns profissionais não sabem a definição correta de AF e que este é um serviço provido única e exclusivamente pelo farmacêutico aos pacientes (CORRER; OTUKI, 2013).

Estes resultados levam a crer que o serviço de AF não é efetivamente prestado na maioria das farmácias, sendo que as respostas podem ter sido baseadas na orientação ao paciente no momento da dispensação ou indicação de medicamentos.

A maioria dos participantes (81,7%) respondeu que os atendentes das farmácias onde trabalham recebem treinamentos regulares pelos farmacêuticos. Este resultado é semelhante ao encontrado em um estudo realizado em Santa Catarina (FRANÇA-FILHO *et al.*, 2008) em que 73,7% dos farmacêuticos relataram realizar treinamento de auxiliares e superior ao encontrado em estudo de Curitiba

(CORRER *et al.*, 2004). Neste caso, o treinamento era realizado em somente 56% das farmácias. O valor superior encontrado no presente estudo pode ser atribuído ao fato de que a RDC nº 44 de 2009, estabelece que uma das atribuições do farmacêutico responsável pelo estabelecimento é prover as condições necessárias para capacitação e treinamento de todos os profissionais envolvidos nas atividades do estabelecimento. Entretanto, vale ressaltar que estes treinamentos já eram estabelecidos pela resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 357 de 2001. Desta forma, além desta capacitação ser uma das atribuições do farmacêutico responsável pelo estabelecimento (CFF, 2001; BRASIL, 2009a), constitui uma estratégia de melhoria da qualidade da dispensação e promoção do uso racional de medicamentos (CORRER *et al.*, 2004).

Quando questionados à respeito de sua atuação profissional como agentes de saúde, comprometidos com o sucesso da farmacoterapia e qualidade de vida dos pacientes, menos da metade (43,3%) se sentem realizados. A maioria relatou a necessidade de melhorar seu comportamento, com relação ao conhecimento sobre os medicamentos e à legislação, ao seguimento correto da legislação, às orientações prestadas ao pacientes e acompanhamento do tratamento. Sob este aspecto é importante retomar a importância dos cursos após a graduação, ressaltando a diversidade de medicamentos no mercado e a legislação que está continuamente em atualização. Ainda, é preciso que estes temas estejam voltados para o cuidado com o paciente e que o uso dos medicamentos esteja focado na melhoria dos desfechos em saúde. Da mesma forma, os cursos de graduação em Farmácia precisam dar maior ênfase à parte clínica, possibilitando, por meio de estágios, que os acadêmicos estejam cada vez mais em contato com os pacientes. Talvez desta forma, os futuros farmacêuticos estarão mais preparados para que seu atendimento seja orientado para o benefício do paciente, reconhecidamente a base da AF.

4.6 CONCLUSÃO

Atualmente, os farmacêuticos que trabalham em drogarias na cidade de Ponta Grossa, Paraná, são na maioria do gênero feminino, jovens, com formação generalista, com pouco tempo de experiência na dispensação de medicamentos, atuando em farmácias de rede. Pelo menos a metade deles possui curso de pós-graduação.

Os participantes demonstraram conhecimento regular para a realização adequada da dispensação de medicamentos em drogarias, com relação às questões apresentadas. Entretanto, este resultado não pode ser generalizado, uma vez que existem vários cenários no tocante à dispensação de medicamentos. Além disso, a porcentagem de acertos foi maior em relação à observada em outras cidades, utilizando o mesmo instrumento.

A busca de informações em casos de dúvidas no cotidiano é realizada em fontes de baixa evidência científica. A conduta durante a dispensação de medicamentos mediante a apresentação de prescrição é considerada adequada, incluindo análise da receita, questionamentos e orientação quanto ao uso do medicamento.

Muitos farmacêuticos desconhecem o conceito de Atenção Farmacêutica, confundindo com o de Assistência Farmacêutica ou com a orientação prestada ao paciente no balcão no momento da dispensação. Alguns alegam, inclusive que este serviço é prestado por funcionários da farmácia. Muitas farmácias não possuem um local adequado para a prestação do serviço, o que dificulta sua implantação. Desta forma, pode-se inferir que o serviço de Atenção Farmacêutica não é efetivamente realizado.

REFERÊNCIAS

BASTOS, C. R. G.; CAETANO, R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3541-50, 2010.

BARROS, J. A. C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 421-7, 2000.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. **Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 11 de fevereiro de 1999.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 11 de agosto de 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº. 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D.F., 02 de junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 44 de 17 de Agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 18 de agosto de 2009a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa n.º 9, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre a relação de produtos permitidos para dispensação e comercialização em farmácias e drogarias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 18 de agosto de 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 52 de 6 de outubro de 2011. Dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas de controle da prescrição e dispensação de

medicamentos que contenham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 10 de outubro de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 20 de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 9 de maio de 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 50 de 25 de setembro de 2014. Dispõe sobre as medidas de controle de comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos que contenham as substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 26 de setembro de 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 58 de 10 de outubro de 2014. Dispõe sobre as medidas a serem adotadas junto à Anvisa pelos titulares de registro de medicamentos para a intercambialidade de medicamentos similares com o medicamento de referência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 13 de outubro de 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre o regulamento técnico de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, D. F., 15 de maio de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRATA, C.; MARJADI B.; SCHNEIDER, C. R.; MURRAY, K.; CLIFFORD, R. M. Information-gathering for self-medication via Eastern Indonesian community pharmacies: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 15, 2015.

CALLEGARO, M. Social Desirability. In: LAVRAKAS, P. J. **Encyclopedia of Survey Research Methods**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2008.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 357, de 27 de abril de 2001. **Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia**. 2001.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 499, de 17 de dezembro de 2008. **Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências.** 2008.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 586, de 29 de agosto de 2013. **Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.** 2013.

CFF. **Conselho Federal de Farmácia.** Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=344&menu=3&titulo=Hist%C3%B3ria+do+Cebri>>. Acesso em 15/02/15

CNE - CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 2002.

CRF-PR. **Conselho Regional de Farmácia do Paraná.** Disponível em: <<http://www.crf-pr.org.br/site/home/sobrecapa>>. Acesso em 15/02/15

CORRER, C. J.; ROSSIGNOLI, P.; SOUZA, R. A. P.; PONTAROLO, R. Perfil dos farmacêuticos e indicadores de estrutura e processo em farmácias de Curitiba - Brasil. **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v. 2, n. 1, p. 37-45, 2004.

CORRER, C. J.; ROTTA, I.; OTUKI, M. F. Dispensação de medicamentos isentos de prescrição. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. (organizadores). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária.** Porto Alegre: Artmed, p.152-77, 2013.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. (organizadores). **A prática farmacêutica na farmácia comunitária.** Porto Alegre: Artmed, p.215-46, 2013.

FARINA, S. S.; ROMANO-LIEBER, N. S. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2009.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. **Pharmaceutical Care España**, v. 1, p. 90-6, 1999.

FERRER-LÓPEZ, I.; MACHUCA, M.; BAENA, M. I.; FAUS, M. J.; MARTINEZ-MARTINEZ, F. Caracterización de la indicación farmacêutica en farmacias comunitarias de Sevilla capital (España). Estudio piloto. **Ars Pharmaceutica**, v. 48, p. 371-85, 2007.

FRANÇA FILHO, J.B.; CORRER, C.J.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHIORS, A.C.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PONTAROLO, R. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 44, p. 105–13, 2008.

GOKCEKUS, L.; TOKLU, H. Z.; DEMIRDAMAR, R.; GUMUSEL, B. Dispensing practice in the community pharmacies in the Turkish Republic of Northern Cyprus. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 34, p. 312-24, 2012.

HUSTON, S. A.; PORTER, K. B.; CLEMENTS, T.; SHEPHERD, G. Pharmacists' Attitudes Towards Pediatric Cough and Cold Products and Behind the Counter Status. **The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics**, v. 15, p. 126–37, 2010.

IBGE. **Pesquisa de informações básicas municipais**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411990>. Acesso em: 20/01/2015.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M.S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M.; RECH, N. **Consenso Brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: OPAS; 2002.

LUCCHETTA, R. C.; MASTROIANNI, P. C. Assessment of knowledge and behavior of pharmacists with technical responsibility for drugstores. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 31, n. 3, 2010.

MCINTOSH, T.; MUNRO, K.; MCLAY, J.; STEWART, D. A cross sectional survey of the views of newly registered pharmacists in Great Britain on their potential prescribing role: a cautious approach. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 4, p. 656-60, 2011.

MOCZYGEMBA, L. R.; BARNER, J. C.; ROBERSON, K. Texas pharmacists' opinions about and plans for provision of medication therapy management services. **Journal of American Pharmacist Association**, v. 48, p. 38–45, 2008.

NAVES, J. O. S.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVER, L. D. STD management in community pharmacies: an organizing proposal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1005-14, 2005.

O'BRIEN, K .S.; BLUMBERG, S.; ENANORIA, W. T. A.; ACKLEY, S.; SIPPL-SWEZEY, N.; LIETMAN, T. M. Antibiotic use as a tragedy of the commons: A cross-

sectional survey. **Computational and Mathematical Methods in Medicine**, v. 2014, 2014.

OFICINA NACIONAL DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 1. 2001, Fortaleza. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório**. Fortaleza, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/atenfar.pdf>>. Acesso em 15/12/14.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução n. 590, de 05 de setembro de 2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. **Diário Oficial [do] Estado**. Curitiba, P.R., 10 de setembro de 2014.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 815-22, 2000.

PETRIS, A. J. **A prática farmacêutica e sua relação com o ensino: Um estudo sobre os farmacêuticos de Londrina/PR**. Londrina. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, 1999.

REIS, T. M. **Conhecimento e condutas dos farmacêuticos para a dispensação de medicamentos e a realização da Atenção Farmacêutica em drogarias**. 91f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, 2013.

SCHOMMER, J. C.; PLANAS, L. G.; JOHNSON, K. A.; DOUCETTE, W. R. Pharmacist-provided medication therapy management (part 1): provider perspectives in 2007. **Journal of American Pharmacist Association**, v. 48, p. 354–63, 2003.

SILVA, L. R.; VIEIRA, E. M. Pharmacists' knowledge of sanitary legislation and professional regulations. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 429-37, 2004.

TOMASSI, M. H.; RIBEIRO, E. Conhecimentos e atitudes de farmacêuticos em farmácias e drogarias do Butantã - São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 33, n. 1, p. 125-32, 2012.

APÊNDICE 4.1 – INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Código: _____

INSTRUÇÕES PARA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO:

- A. Nas questões em que as alternativas estejam organizadas em itens (a, b, c), você deverá assinalar apenas uma opção como resposta.
- B. Em questões que tenham parênteses () nas alternativas, poderá ser assinalada mais de uma opção.
- C. Não é permitido consultar qualquer material para responder às questões.

A. DADOS GERAIS

1. **Idade:** _____ anos.

2. **Gênero:**

- a) Feminino. b) Masculino.

3. **Município onde trabalha:**

- a) Ribeirão Preto/SP.
b) Londrina/PR.
c) Araraquara/SP.
d) Ponta Grossa/PR.

4. **Este estabelecimento, administrativamente, pode ser enquadrado como:**

(*assinalar apenas uma alternativa*)

- a) Rede de farmácias com administração centralizada.
b) Rede de farmácias com administração descentralizada (franquias).
c) Mais de uma farmácia (não considerado rede de farmácias).
d) Apenas farmácia sede (único estabelecimento).

5. **Você, na empresa:**

(*assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão*)

- () É o farmacêutico responsável técnico.
() É o farmacêutico substituto.
() É o farmacêutico assistente (ou folguista)
() É o farmacêutico gerente.
() É o farmacêutico proprietário.

6. **Qual sua carga horária semanal de trabalho na farmácia?** _____.

7. **Há quanto tempo trabalha nesta empresa?**

- a) Menos de 1 ano.
b) Entre 1 e 5 anos.
c) Entre 6 e 10 anos.
d) Mais de 10 anos.

8. **Qual sua formação?**

(*assinalar apenas uma alternativa*)

- a) Farmacêutico generalista.
b) Farmacêutico, sem habilitação.
c) Farmacêutico habilitado em indústria.
d) Farmacêutico habilitado em bioquímica.
e) Outro. *Especifique:* _____.

9. Qual o ano e o tipo de instituição em que concluiu a graduação?

Ano de conclusão do curso: _____.

Instituição: a) pública b) privada

10. Quanto tempo de experiência profissional possui na área da dispensação de medicamentos?

(considerar também estágios acadêmicos):_____.

11. Qual valor você recebe, de fato, como remuneração salarial bruta: R\$ _____.**12. Você recebe:**

(assinalar apenas uma alternativa para cada item)

Comissão sobre vendas a) Sim b) Não.

Algum tipo de benefício a) Sim b) Não.

13. Com relação às comissões sobre vendas:

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

() Recebo comissão sobre a venda de genéricos e/ou similares.

() Recebo comissão sobre a venda de medicamentos de referência, dermocosméticos e/ou correlatos.

() Não recebo comissão sobre vendas.

14. Você trabalha em algum outro local?

a) Não b) Sim (especifique): _____.

B. CONHECIMENTO

Responda às questões seguintes de acordo com seus conhecimentos

15. Após a graduação, que tipo de atividades realizou buscando aprofundamento/capacitação profissional? Se possível, cite exemplos no espaço reservado.

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

() Congressos e cursos de curta duração. _____

() Aprimoramento. _____

() Residência multiprofissional. _____

() Especialização (carga horária mínima de 360h). _____

() Mestrado / doutorado. _____

() Outro. _____

() Nenhum.

16. Que recursos utiliza para consultar informações relativas aos medicamentos no seu dia-a-dia?

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

() Informativos enviados pelos Conselhos Regionais e Federal de Farmácia via Correios e/ou e-mail.

() Fontes como Bulário Eletrônico da Anvisa e Martindale.

() Sites da internet como Google e Wikipedia.

() Livros como Guia de Remédios, P.V. Vademécum e Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF).

() Livros técnicos e científicos (obras escritas por autores como Goodman, Katzung, Hang Dale, DiPiro e Harrison).

() Conversa com outros profissionais.

() Outros: _____.

17. Com quais dificuldades você se depara durante a orientação ao paciente?

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

() Informar sobre posologia.

() Informar sobre mecanismo de ação.

() Informar sobre interações com alimentos ou medicamentos.

() Informar sobre conservação/armazenamento.

() Linguagem/forma de comunicação com o paciente.

() Informar sobre descarte de medicamentos.

() Informar sobre a forma de administração do medicamento.

() Informar sobre reações adversas/efeitos colaterais.

- () Outros (*especifique*): _____.
- () Não tenho dificuldades (*assinalando esta alternativa, siga para a questão 19*)

18. A que você atribui essas dificuldades?

(*assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão*)

- () À formação acadêmica.
- () À insuficiência de estudos durante a graduação.
- () À falta de experiência profissional.
- () À falta de atividades de aperfeiçoamento e reciclagem após a graduação.
- () Outros (*especifique*): _____.

19. Quais incentivos você tem na empresa onde trabalha para a realização de cursos de reciclagem, aprofundamento, outros?

(*assinalar a(s) alternativa(s) que melhor respondem à questão*)

- () Dispensa e/ou relaxamento do horário de trabalho.
- () Apoio financeiro para custear matrícula, deslocamento, estadia e/ou outras despesas.
- () Não recebo incentivos.

20. Sobre a aplicação de injetáveis em farmácias, é correto afirmar que:

(*assinalar apenas uma alternativa*)

- a) O estabelecimento deve possuir condições técnicas, higiênicas e sanitárias adequadas; local devidamente aparelhado com acesso aos banheiros para garantir a comodidade do paciente.
- b) É uma atividade privativa do farmacêutico, cabendo a ele a execução e a responsabilidade pela aplicação.
- c) Os medicamentos injetáveis adquiridos no estabelecimento, cujas embalagens permitam múltiplas doses, devem ser entregues ao usuário após a administração, no caso de sobra.

21. Um paciente portando uma receita de outro estado na qual constam as prescrições de fluoxetina e diazepam solicita a dispensação dos referidos medicamentos. Tanto a receita quanto a notificação de cor azul, obrigatórios para o fornecimento do diazepam, estão de acordo com a Portaria 344/98 e atualizações. Como você deveria proceder?

(*assinalar apenas uma alternativa*)

- a) Entregar fluoxetina e diazepam em quantidade suficiente para até 2 meses de tratamento.
- b) Entregar apenas fluoxetina em quantidade suficiente para até 2 meses de tratamento.
- c) Não fornecer nenhum dos medicamentos uma vez que a prescrição é de outro estado.

22. Sobre antimicrobianos, a legislação determina que:

(*assinalar apenas uma alternativa*)

- a) A dispensação se dará mediante a retenção da primeira via da receita, devendo a segunda via ser devolvida ao paciente.
- b) No ato da dispensação devem ser registrados nas duas vias da receita os seguintes dados: data da dispensação, número do documento de identidade (RG) e endereço do comprador.
- c) As receitas têm validade em todo o território nacional pelo prazo máximo de 10 dias.

23. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 52/2011, que trata da regulamentação de uso de anorexígenos:

(*assinalar apenas uma alternativa*)

- a) A sibutramina pode ser comercializada desde que prescrita até o limite de 15mg/dia por meio de notificação de receita "B2", que deverá vir acompanhada de um Termo de Responsabilidade do Prescritor assinado pelo médico e pelo paciente.
- b) A sibutramina pode ser comercializada desde que prescrita até o limite de 20mg/dia. Ao contrário do prescritor, o responsável técnico pela farmácia que dispensa o medicamento industrializado não precisa estar cadastrado no Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária – NOTIVISA.
- c) Os anorexígenos anfepramona, femproporex e mazindol podem ser comercializados para pacientes que apresentam obesidade mórbida, desde que o médico prescritor assine uma declaração na qual assumam a responsabilidade pelo tratamento.

24. Das recomendações a seguir, qual está correta?

(*assinalar apenas uma alternativa*)

- a) Paciente idosa faz uso de omeprazol 20mg/dia (1-0-0) em jejum. Foi prescrito azitromicina 500mg/dia para tratar infecção no trato urinário. Você recomendou que o antibiótico fosse ingerido logo após alguma refeição e, preferencialmente, com leite para evitar comprometimento gástrico.
- b) M.S.C, 17 anos, sofreu uma cirurgia bucal e o dentista prescreveu nimesulida 100mg (1-0-1) por 5 dias para tratar inflamação. Como na receita não havia nenhuma outra informação, você recomendou que o medicamento fosse tomado logo após a refeição.
- c) E.R.R, 67 anos, faz uso de captopril 50 mg/dia 1-0-1 para controle de hipertensão arterial e AAS 100mg/dia (0-1-0) para reduzir o risco de infarto agudo do miocárdio. A paciente relata tomar os medicamentos antes do café da manhã e antes do jantar. Você recomendou que ambos os medicamentos fossem administrados após as refeições.

25. Assinale a alternativa que apresente o manejo correto no descarte de medicamentos em farmácias:

(assinalar apenas uma alternativa)

- a) Medicamentos vencidos deverão ser lançados na rede coletora de esgoto para não haver riscos de reutilização.
- b) Os produtos farmacêuticos deverão ser descaracterizados e encaminhados para incineração.
- c) Os medicamentos poderão ser desprezados em lixo comum desde que descaracterizados e embalados em saco branco devidamente identificado.

26. Qual dos conceitos abaixo melhor define Atenção Farmacêutica?

(assinalar apenas uma alternativa)

- a) Área do conhecimento farmacêutico que busca oferecer um serviço mais humanizado e resgatar a atenção do profissional para o atendimento do paciente no balcão da farmácia.
- b) Prática voltada à saúde individual e coletiva que tem o medicamento como insumo essencial no ciclo logístico (manufatura, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação).
- c) Prática profissional que busca obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida através do acompanhamento farmacoterapêutico sistemático do paciente.

C. COMPORTAMENTO

Responder as próximas questões de acordo com sua atuação profissional e o contexto da farmácia onde trabalha.

27. Classifique as atividades abaixo segundo a frequência e o tempo que você gasta para realizá-las.

Pontue as alternativas de acordo com a legenda:

- 0- Nunca realizo
- 1- Realizo com pouca frequência e demanda pouco tempo
- 2- Realizo com muita frequência e demanda pouco tempo
- 3- Realizo com pouca frequência e demanda muito tempo
- 4- Realizo com muita frequência e demanda muito tempo

- ☐ Emissão de notas fiscais de entrada/saída de produtos.
- ☐ Registro de produtos sujeitos a controle especial.
- ☐ Limpeza do estabelecimento e/ou de prateleiras.
- ☐ Verificação do prazo de validade dos medicamentos.
- ☐ Orientação de pacientes no balcão.
- ☐ Reposição de produtos nas prateleiras.
- ☐ Aquisição de produtos.
- ☐ Movimentações financeiras no caixa (abertura, fechamento e/ou processamento de vendas).

28. Qual das alternativas mais se aproxima de sua conduta durante a dispensação dos medicamentos?

(assinalar apenas uma alternativa)

- a) Recebo o paciente, leio a prescrição e entrego os medicamentos. Maiores orientações são oferecidas quando o paciente apresenta alguma dúvida.
- b) Recebo o paciente, analiso o receituário e entrego o medicamento após anotar na embalagem a forma correta de uso. Se o paciente apresentar dúvidas, esclareço-as.
- c) Recebo o paciente, analiso a prescrição, pergunto sobre medicamentos que ele utiliza e quais alergias apresenta a fármacos. Então, entrego o medicamento após orientar sobre a forma correta de uso.

29. Um paciente lhe apresenta uma prescrição contendo um medicamento de referência (“ético”) A, mas ele pede que você substitua esse medicamento por outro, com mesmo princípio ativo. Você substitui esse medicamento:

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ pelo medicamento B, que é um similar (“bonificado”).
- ☐ pelo medicamento C, que é um genérico.
- ☐ pelos medicamentos B ou C.
- ☐ não realizaria a substituição.

30. Sobre a indicação farmacêutica:

(assinalar apenas uma alternativa)

- a) Realizo apenas quando o paciente apresenta distúrbios menores (pequenas moléstias que não requerem diagnóstico médico), indicando medicamentos isentos de prescrição (MIP).
- b) Realizo quando o paciente apresenta distúrbios menores, indicando MIP e/ou medicamentos tarjados.
- c) Realizo quando identifico distúrbios menores ou maiores, indicando MIP e/ou medicamentos tarjados.
- d) Não indico.

31. Assinale com um “X” os medicamentos abaixo de acordo com a frequência na qual você os indica na farmácia:

Medicamentos	Nunca	Às vezes	Sempre
Analgésicos e antitérmicos			
Antiácidos, eupépticos e enzimas digestivas			
Antibióticos			
Antidiabéticos			
Antieméticos			
Antihelmínticos			
Antihipertensivos			
Antihistamínicos (antagonistas de H1)			
Antiinflamatórios			
Antipênicos			
Laxantes e purgativos			
Polivitamínicos			
Antigripais			
Antitussígenos			
Outros: _____			

32. Durante a dispensação, você informa ao paciente :

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ Posologia.
- ☐ Interação com alimentos e/ou medicamentos
- ☐ Possíveis reações adversas que o uso poderá causar.
- ☐ Conservação do produto.
- ☐ Não oriento os pacientes porque eles geralmente chegam à farmácia já instruídos pelo prescritor e/ou outros profissionais.
- ☐ Não oriento os pacientes porque eles não gostam de escutar as recomendações farmacêuticas, não têm tempo para ouvi-las e/ou não seguem as recomendações.

33. Quais dos produtos abaixo são comercializados na empresa:

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ biscoitos e/ou sorvetes.
- ☐ doces e/ou balas (exceto produtos *light* e *diet*)
- ☐ máquinas fotográficas.
- ☐ água sanitária.
- ☐ inseticidas.

- () secadores de cabelo.
 () produtos veterinários.
 () refrigerantes, sucos, energéticos, etc. (exceto isotônicos)
 () nenhum dos produtos citados. (caso assinale esta alternativa, siga para a questão 35).

34. Qual sua opinião a respeito da venda desses produtos?

(assinalar apenas uma alternativa)

- a) Concordo.
 b) Concordo, desde que a empresa tenha autorização legal para vendê-los.
 c) Discordo, mas o proprietário tem autorização legal para vendê-los e não há o que eu possa fazer para coibir a comercialização.
 d) Discordo e o proprietário não tem autorização legal para vendê-los. Ainda assim, ele vende os produtos, contrariando minhas recomendações de não comercializá-los.

35. Assinale com um “X” os itens abaixo de acordo com os medicamentos que mais são vendidos sem prescrição nesta farmácia.

Medicamentos	Nunca	Às vezes	Sempre
Analgésicos e antitérmicos			
Antiácidos, eupépticos e enzimas digestivas			
Antibióticos			
Antidiabéticos			
Antieméticos			
Antihelmínticos			
Antihipertensivos			
Antihistamínicos (antagonistas de H1)			
Antiinflamatórios			
Antipênicos			
Laxantes e purgativos			
Polivitamínicos			
Antigripais			
Antitussígenos			
Outros: _____			

36. Assinale com um “X” o(s) responsável(is) por executar, nesta farmácia, os seguintes serviços:

(Se o serviço não for oferecido, deixar os campos de resposta sem preenchimento. Se farmacêutico e funcionários realizam o serviço, assinalar os dois parênteses).

Serviço	Farmacêutico	Funcionário (s)
Aferição de parâmetros bioquímicos		
Aferição de parâmetros fisiológicos		
Administração de medicamentos		
Perfuração de lóbulo auricular		
Atenção Farmacêutica		

Vide próxima página.

37. Sobre os serviços farmacêuticos citados acima e que são oferecidos nesta farmácia:

(assinalar apenas uma alternativa)

- a) São documentados através de declaração de serviços farmacêuticos (anotação das informações referentes ao paciente, às orientações, intervenções realizadas e resultados observados).

- b) Não são documentados uma vez que a empresa não possui formulário próprio para registro dos serviços.
- c) Os serviços farmacêuticos discriminados não são realizados.

38. Quando um medicamento está próximo do vencimento, qual(uais) alternativa(s) mais se aproxima da(s) conduta(s) adotada(s) pela empresa para minimizar as perdas e atender a legislação?

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ Vender o produto a preços reduzidos para que o paciente não seja lesado.
- ☐ Recolher o produto e/ou segregá-lo em área específica para medicamentos próximos da data de vencimento e alertar o consumidor quando adquirir esse produto.
- ☐ Manter o produto na prateleira mas identificá-lo para que o mesmo não se misture com outros medicamentos de prazo de validade superior.

39. Como os atendentes aprendem a entregar adequadamente o medicamento?

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ Através da prática no dia-a-dia e orientações fornecidas pelos funcionários mais antigos.
- ☐ Através de treinamentos regulares e orientações fornecidas pelo farmacêutico.
- ☐ Os funcionários contratados já têm experiência na dispensação e não precisam ser treinados.

40. Sobre o treinamento dos recursos humanos nesta farmácia:

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ Não há treinamento de recursos humanos.
- ☐ Os funcionários são treinados em eventos promovidos pelas indústrias farmacêuticas, distribuidoras de medicamentos, empresas parceiras e afins, o que garante maior qualidade ao treinamento oferecido.
- ☐ Farmacêuticos desta empresa são responsáveis por treinar os funcionários sobre a legislação sanitária e os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do estabelecimento.
- ☐ Outro (especifique): _____.

41. Você realiza Atenção Farmacêutica?

- a) Sim (ao responder sim, siga para a questão 42).
- b) Não (ao responder não, siga para a questão 43).

42. Com relação a Atenção Farmacêutica oferecida:

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ Consta no Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da farmácia protocolos com referências bibliográficas e indicadores de avaliação dos resultados, a serem seguidos durante a realização desse serviço.
- ☐ São feitos registros em cada consulta contendo pelo menos: dados do paciente; orientações e intervenções realizadas; resultados observados.
- ☐ Os pacientes são recebidos em um espaço reservado do balcão. Além disso, buscando assegurar o sigilo do usuário, nenhum dado é registrado. Este atendimento privativo permite conhecermos o paciente e melhor atender suas necessidades.
- ☐ Nenhuma das alternativas.

43. Na sua percepção, a Atenção Farmacêutica:

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ Diminui as vendas.
- ☐ Favorece o aumento das vendas.
- ☐ Não influi nas vendas.
- ☐ Atrai clientes.
- ☐ Não atrai clientes.
- ☐ Prejudica a rotina de atendimento na farmácia.

44. Sobre a atual estrutura física da farmácia:

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- ☐ Dificulta o atendimento individualizado dos pacientes uma vez que não possui sala ou espaço reservado para realização da Atenção Farmacêutica. Conversas reservadas com os pacientes ocorrem na sala de aplicação de injetáveis ou local similar.
- ☐ Não oferece condições para o atendimento individualizado uma vez que faltam recursos materiais (computador, internet, prontuários para registro, livros para consulta, etc) para realização da Atenção Farmacêutica.

() Favorece o atendimento individualizado uma vez que garante aos pacientes conforto e sigilo; conta com espaços específicos destinados à consulta farmacêutica e recursos materiais para a realização da Atenção Farmacêutica.

45. Com os funcionários e colaboradores da farmácia:

(assinalar apenas uma alternativa)

- a) Tenho um relacionamento amigável e seguem totalmente minhas recomendações.
- b) Tenho um bom relacionamento e seguem parcialmente minhas recomendações.
- c) Tenho um péssimo relacionamento, não acatam minhas recomendações e criam um ambiente desagradável.
- d) Não me relaciono.

46. Você tem dificuldades em executar as recomendações impostas nas legislações que regulamentam as práticas farmacêuticas?

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- () Não.
- () Sim. Tenho dificuldade de implantá-las devido a limitações financeiras impostas pelo setor gerencial da empresa.
- () Sim, pois o(s) funcionário(s) e/ou o(s) proprietário(s) da farmácia são resistente às mudanças exigidas pela lei.

47. Como você avalia sua atuação profissional enquanto agente da saúde comprometido com o sucesso da farmacoterapia e qualidade de vida do paciente?

(assinalar a(s) alternativa(s) que melhor responde(m) à questão)

- () Realizado.
- () Preciso melhorar no que diz respeito ao conhecimento relacionado aos medicamentos e à legislação.
- () Preciso melhorar no que diz respeito a seguimento correto da legislação.
- () Preciso melhorar quanto a orientação do paciente e o acompanhamento do tratamento medicamentoso.
- () Péssimo

APÊNDICE 4.2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROPRIETÁRIO/GERENTE)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Proprietário/Gerente)

Título do Projeto: *Avaliação do conhecimento e do comportamento dos farmacêuticos durante a dispensação de medicamentos.*

Orientador do Projeto: *Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira*

Pesquisador: *Tiago Marques dos Reis*

Este estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento e o comportamento dos farmacêuticos durante a dispensação de medicamentos em farmácias uma vez que os poucos estudos nesta área revelam um contexto de dificuldades e limitações na prática da profissão farmacêutica. Caso o senhor(a) autorize a realização do estudo neste estabelecimento, será aplicado um questionário ao(s) farmacêutico(s) contendo 47 perguntas de múltipla escolha que, para respondê-las, o profissional necessitará de aproximadamente 30 minutos. Essas perguntas serão relativas à formação acadêmica, o local de trabalho, a prática profissional e o conhecimento adquirido com relação à profissão e à dispensação de medicamentos.

A participação do(s) farmacêutico(s) na pesquisa será totalmente voluntária e não trará danos ou despesas à ele(s), à você ou à esta empresa. Você poderá não autorizar a realização do estudo neste estabelecimento ou mesmo desistir da permissão a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados em periódicos e/ou congressos científicos, mas em hipótese alguma será exposto o nome dos participantes, tampouco a razão social, nome fantasia e/ou nome dos responsáveis pelas empresas onde atuam. Ao término do estudo você poderá receber por e-mail os resultados deste trabalho, mantendo-se o devido sigilo dos dados fornecidos, desde que informe seu endereço eletrônico no espaço abaixo reservado para este fim.

Deverá haver concordância de ambos, proprietário e farmacêutico, para a inclusão dos sujeitos na pesquisa, bem como a desistência de qualquer um destes implicará na exclusão dos dados fornecidos.

Após o preenchimento das respostas, o farmacêutico receberá um envelope no qual deverá ser depositado o questionário, visando assim o sigilo das informações fornecidas. Esse envelope deverá ser lacrado antes da entrega ao pesquisador.

A veracidade das informações fornecidas é fundamental para que possamos verificar o quanto as condições de trabalho, a formação acadêmica, a educação continuada, as experiências diárias e outras variáveis podem influenciar sobre o conhecimento e atitudes dos farmacêuticos e, conseqüentemente, sobre a dispensação de medicamentos.

Qualquer dúvida relativa à pesquisa, ao preenchimento do questionário ou sobre a permissão para realização do estudo nesta empresa poderá ser esclarecida a qualquer momento (antes, durante ou após a participação do(s) farmacêutico(s) na coleta dos dados).

Eu _____, RG nº. _____, e-mail _____ autorizo a abordagem do(s) farmacêutico(s) neste estabelecimento para a realização da pesquisa do mestrando Tiago M. dos Reis, sob orientação do Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira (FCFRP – USP).

Ponta Grossa-PR, _____ de dezembro de 2013/2014.

Gerente / Proprietário

Pesquisador Responsável

Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com:

Tiago M. dos Reis: **Tel: (16) 3602-0254 / (16) 8828-9244 . E-mail: tiagomarques_farmacia@yahoo.com.br.**

Comitê de Ética em Pesquisa: **Tel: (16) 3602-4213 / (16) 3602-4216 . E-mail: cep@fcrp.usp.br.**

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP

Avenida do Café, s/n . CEP: 14030-070 . Monte Alegre - Ribeirão Preto/ SP

APÊNDICE 4.3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FARMACÊUTICO)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Farmacêutico)

Título do Projeto: *Avaliação do conhecimento e do comportamento dos farmacêuticos durante a dispensação de medicamentos.*

Orientador do Projeto: *Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira*

Pesquisador: *Tiago Marques dos Reis*

Este estudo que você está sendo convidado(a) a participar tem por objetivo avaliar o conhecimento e o comportamento dos farmacêuticos durante a dispensação de medicamentos em farmácias uma vez que os poucos estudos nesta área revelam um contexto de dificuldades e limitações na prática da profissão farmacêutica. Caso você concorde em participar, será aplicado um questionário contendo 47 perguntas de múltipla escolha e para respondê-las, será necessário aproximadamente 30 minutos. Essas perguntas serão relativas à sua formação, seu local de trabalho, sua prática profissional e seu conhecimento adquirido com relação à profissão e à dispensação de medicamentos.

Sua participação na pesquisa será totalmente voluntária e não lhe trará danos ou despesas. Você poderá se recusar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados em periódicos e/ou congressos científicos, mas em hipótese alguma será exposto o nome dos participantes, tampouco a razão social ou nome fantasia das empresas onde atuam. Ao término do estudo você poderá receber por e-mail os resultados deste trabalho, mantendo-se o devido sigilo dos dados fornecidos, desde que informe seu endereço eletrônico no espaço abaixo reservado para este fim.

Deverá haver concordância de ambos, proprietário e farmacêutico, para a inclusão do sujeito na pesquisa, bem como a desistência de qualquer um destes implicará na exclusão dos dados fornecidos.

Após o preenchimento das respostas, você receberá um envelope no qual deverá ser depositado o questionário, visando assim o sigilo das informações fornecidas. Esse envelope deverá ser lacrado antes de entregá-lo ao pesquisador.

A veracidade das informações fornecidas é fundamental para que possamos verificar o quanto suas condições de trabalho, sua formação acadêmica, a educação continuada, suas experiências diárias e outras variáveis podem influenciar sobre seu conhecimento e atitudes e, conseqüentemente, sobre a dispensação de medicamentos. Assinale as respostas conforme o conhecimento que possui e de acordo com a maneira como conduz seu trabalho na drogaria.

Qualquer dúvida relativa à pesquisa, ao preenchimento do questionário ou sobre sua participação poderá ser esclarecida a qualquer momento (antes, durante ou após responder a este instrumento para coleta de dados).

Eu _____, RG nº. _____, e-mail _____

_____ concordo em participar voluntariamente na pesquisa do mestrando Tiago M. dos Reis, sob orientação do Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira (Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP – USP).

Ponta Grossa-PR, _____ de dezembro de 2013/2014.

Farmacêutico Participante

Pesquisador Responsável

Prof. Dr. Leonardo Régis Leira
Pereira

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com:

Tiago M. dos Reis: **Tel: (16) 3602-0254 / (16) 8828-9244 . E-mail: tiagomarques_farmacia@yahoo.com.br.**

Comitê de Ética em Pesquisa: **Tel: (16) 3602-4213 / (16) 3602-4216 . E-mail: cep@fcfrp.usp.br.**

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP
Avenida do Café, s/n . CEP: 14030-070 . Monte Alegre - Ribeirão Preto/ SP